Nr. 44. 30. października 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Henryk REISS, b. asystent kliniki. Kraków.

Próby wzmożenia działania leczniczego w rzeżączce cewki moczowej męskiej.

Z kliniki dermatologicznej U. J. (Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Walter).

I.

Wstęp.

Sprawa lecznictwa rzeżączki, oparta przeważnie na stosowaniu środków chemicznych i polegająca właśnie na działaniu zabójczem na ziarenkowce rzeżączki wprost przez zadziałanie środków chemicznych, od dłuższego czasu niewiele postępuje naprzód. Zastosowanie środków silnie nawet bakterjobójczych (sinku potasu i t. d.) nie dało wyników oczekiwanych, a działanie środkami wybiórczemi o szczególnem powinowactwie chemicznem do zarazków, a więc solami srebra, stanowi oddawna jeszcze najlepszą, acz bynajmniej nie doskonałą metodę długotrwałego wyjaławiania cewki od zewnątrz, przyczem leczenie trwa długo i nie zabezpiecza wcale chorego od powikłań, i to nawet ciężkich, w przebiegu rzeżączki.

Sięgnięcie do sposobów leczniczych o działaniu ogólnem (leczenie szczepionkami, leczenie bodźcowe, leczenie przez wywołanie wysokiej ciepłoty u chorego, leczenie zimnicą) dało wyniki niewielkie, jeśli chodzi o całokształt leczenia, jedynie tylko okazało się skuteczne w przebiegu powikłań.

Próby chemoterapeutyczne (stosowanie barwników akrydynowych w postaci wstrzykiwań dożylnych) okazały się skuteczne w przypadkach wybranych, do tego się nadających, a zwłaszcza w leczeniu samych objawów chorobowych (ustępowanie szybkie obrzęków i nacieków zapalnych, zmniejszanie się ilości wydzieliny, przejściowe znikanie dwoinek rzeżączki w mikroskopowem polu widzenia). Ten sposób leczenia nie wyparł jednak przyjętego i stosowanego dotychczas leczenia miejscowego środkami wybiórczemi. Podobnie leczenie środkami podawanemi wewnętrznie lub dotkankowo, a działającemi bądź moczopędnie, bądź bakterjobójczo na drogi moczowe i płciowe, — nie jest wystarczające i można je stosować tylko pomocniczo.

Leczenie przedewszystkiem miejscowe odgrywało zawsze i odgrywa nadal rolę pierwszorzędną, a jeśli nasze usiłowania pójdą w kierunku podjęcia prób zmian fizycznych we wprowadzanych do cewki lekach, to w każdym razie w ścisłej łączności z działaniem chemicznem i wybiórczem na błonę śluzową cewki moczowej.

W naszem doniesieniu tymczasowem [1]) poruszaliśmy już sprawę potrzeby zastosowania w lecznictwie rzeżączki prób zmiany stężenia jonów wodorotlenowych w cewce moczowej zajętej zapaleniem, w szczególności zajętej zapaleniem rzeżączkowem, w związku z istniejącym stanem fizykochemicznym środowiska zapalnego. Wychodzimy z założenia, że istniejący stan fizykochemiczny środowiska zapalnego jest albo podłożem, na którem sprawa zapalna się rozwija, a więc podłożem tej sprawie zapalnej sprzyjającem, — albo że stan fizykochemiczny tego środowiska wypływa z odczynu obronnego ustroju, t. j., że jest on nastawiony na przeciwdziałanie sprawie zapalnej. Sądzimy, że nie będziemy w błędzie jeśli zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku będziemy usiłować przeprowadzić pewne zmiany w środowisku zapalnem cewki, a więc zarówno na powierzchni błony śluzowej, jak i w niej samej. Zmiany przez nas wprowadzone polegają właśnie na zwiększeniu stężenia jonów wodorotlenowych w cewce, a co za tem idzie, na zwiększeniu wykładnika stężenia jonów wodorowych (pH). Można to wykonać przedewszystkiem przez wprowadzenie do cewki zapalnej płynów o odpowiednich właściwościach fizykochemicznych, o odczynie zasadowym, — oraz przez wprowadzenie odpowiednich przetworów drogą krwi do ustroju.

Według Klein'a [2]) waha się wielkość pH na błonie śluzowej cewki moczowej prawidłowej od 5,2—6,3, a w cewce zajętej zapaleniem od 5,0 do 7,2. Odczyn cewki moczowej jest więc naogół kwaśny, a nasilenie sprawy zapalnej nie odgrywa roli zasadniczej. Wykładnik stężenia jonów wodorowych wywierać musi zapewne wpływ biologiczny na ziarenkowce rzeżączki, a sam przez się stanowi pewną wypadkową stężenia jonów w moczu, w śluzie nabłonków cewki i wydzielinie gruczołów cewkowych. Najniższe pH posiada mocz, wyższe natomiast mają składniki pozostałe, a zwłaszcza wydzielina gruczołów cewkowych. Według Kleina unikają ziarenkowce rzeżączki odczynu kwaśnego, dlatego też kierują się w obręb gruczołów i tem się ma tłumaczyć tak szybkie wnikanie ich wgłąb błony śluzowej i tak szybkie objęcie sprawą zapalną głębszych jej warstw już w okresie początkowym choroby. Nasuwa się nam tu myśl, aby przeładowaniem powierzchni błony śluzowej cieczami o dużem stężeniu jonów wodorotlenowych (zmieniając zarówno sztucznie odczyn cewki od zewnątrz, jak i zmieniając odczyn moczu) spowodować niejako zatrzymanie się pochodu ziarenkowców, względnie wywołać nawet ich odwrót z głębszych warstw błony śluzowej ku jej powierzchni. Poza tem niewiadomo, czy odczyn zasadowy sprzyja obecności i rozwojowi ziarenkowców, czy też właśnie obecność większej ich ilości wywołuje powstanie odczynu zasadowego. Boas [3]) podkreśla, że już niebawem po rozpoczęciu się objawów rzeżączki przybierać ma wydzielina cewkowa odczyn zasadowy, co ma być objawem samoobrony ustroju przeciw zarazkom, ponieważ mają być one mało odporne na takie środowisko. Boas próbował alkalizacji cewki podawaniem odpowiednich związków (sody, magnezji) wewnętrznie lub wprowadzaniem podobnych związków do cewki od zewnątrz. Pożywki sztuczne dla drobnoustrojów rzeżączki mają odczyn lekko zasadowy, ale w jakiem środowisku rozwijałyby się najlepiej te ziarenkowce w swem życiu pasorzytnem — niewiadomo. Ważny bodziec do prób przeprowadzenia zmian fizycznych w środowisku zapalnem ropnem w celach leczniczych stanowią wnioski Lewkowicza [4]), który zakwaszeniu wysięku zapalnego przypisuje zmniejszenie się odporności ustroju w walce z jadem zakaźnym. Wedle bowiem tego autora, gdy powstaną rozleglejsze ogniska z wysiękiem ropnym, mogą być odchylenia od stosunków prawidłowych w środowisku zakażenia bardzo znaczne, a wtedy ustaje zupełnie wpływ uodpornienia na zakażenia. Najbardziej uderzające i najłatwiej uchwytne takie odchylenie stanowić ma zakwaszenie wysięku. Towarzyszą wszakże temu różne inne zmiany w związku z nieprawidłowo wzmożonym rozpadem wysięku i tkanek. Jeśli zatem uda się nam osiągnąć u chorego dostatecznie uodpornionego usunięcie tych odchyleń od prawidłowego fizykochemicznego stanu cieczy, to sama ta zmiana wystarczy zwykle do tego, aby nastąpiło stłumienie zakażenia. Wnosićby można z tego, że już samą zmianą środowiska zapalnego (a więc i w cewce moczowej) dążyćby można do stłumienia zakażenia ropnego, jakiem jest rzeżączka.

Ponieważ z drugiej strony wiadomo, że sole srebrowe stanowią dzielny środek leczniczy w rzeżączce przez swe powinowactwo chemiczne do ziarenkowców rzeżączki, — pójdą usiłowania nasze w myśl założenia wytyczonego, polegającego na uwzględnieniu zarówno chemicznego jak i fizycznego działania leczniczego. Wykładnik stężenia jonów wodorowych (pH) rozczynów przetworów srebrowych dotychczas stosowanych w lecznictwie rzeżączki jest stosunkowo niski, zwłaszcza rozczynów żelatynianu srebra *(argentum gelatinosum)* i *ichthargan'u*. Nieco powyżej pH = 7 stoją roztwory proteinianu srebra *(argentum proteinicum, protargolum)* ponad rozczynami *choleval'u* i *hegonon'u*. *Gonacrina* ma odczyn wybitnie kwaśny. Jeszcze najwyższy wykładnik stężenia jonów wodorowych mają *Liquor Argentamini* oraz *Cryptargol* Lumière; zbyt wybitnych jednak właściwości w tym kierunku i te roztwory nie mają, a stosuje się je na niezbyt szeroką skalę, czysto sporadycznie, bo pod kątem widzenia działania jedynie chemicznego.

To przedsięwzięte przez nas zespolone działanie lecznicze fizykochemiczne polegać musi z jednej strony 1) na wprowadzaniu do cewki moczowej dotychczas używanych soli srebrowych, ale w mieszaninie zasadowej, albo 2) na wprowadzaniu do cewki już nie mieszanin ale związków zasadowych srebra w roztworach, i to przedewszystkiem związków organicznych. Te roztwory właśnie zasadowych chemicznych związków srebra stawiamy na miejscu

[1]) Polska Gazeta Lekarska. Nr. 49, 1931.
[2]) Archiv f. Dermat. u. Syph., tom 163, 1930.
[3]) Dermatologische Zeitschrift, tom 62, 1931.
[4]) Polska Gazeta Lekarska, Nr. 36, 1931 i Nr. 1 i 2, 1932.

głównem, jako zespalające w jednym środku działanie dwojakie, t. j. działanie chemiczne łącznie z działaniem fizycznem, zmieniającem odczyn środowiska. W grę tu wchodzi tlenek srebra (Ag_2O), ale przedewszystkiem związki podwójne w postaci płynnej, mianowicie nadają się do tego związki amonjakalno-srebrowe, jak tlenek amonjakalno-srebrowy (Ag_2O 2 NH_3), a w pierwszym rzędzie cytrynian amonjakalno-srebrowy ($C_6H_5O_7Ag_3(NH_3)_3$), węglan amonjakalno-srebrowy ($(NH_3)_2Ag_2CO_3$), salicylan amonjakalno-srebrowy ($C_7H_5O_3AgNH_3$) i szczawian amonjakalno-srebrowy ($C_2O_4Ag_2(NH_3)_2$). W mniejszym stopniu mogą się do tego nadawać jodek srebrowo-potasowy ($KAgJ_2$) i jodek srebrowo-amonowy (NH_4AgJ_2).

II.

Część pracowniana.

Związki amonjakalno-srebrowe przedstawiają się w postaci stężonej (przy użyciu do ich sporządzania 10% roztworu wodnego gazowego amonjaku, t. j. farmakologicznej *„Ammonia pura liquida"*), jako płyny o wysokim ciężarze gatunkowym, bezbarwne, ale o głębokim połysku metalicznym. Można je dowolnie rozcieńczać wodą przekroploną.

Cytrynian amonjakalno-srebrowy uzyskać można działaniem azotanu srebra na cytrynian sodu, następnie przesączeniem i rozpuszczeniem osadu w amonjaku. Odczyn przebiega w sposób następujący:

$$C_6H_5O_7Na_3 + 3\,AgNO_3 = C_6H_5O_7Ag_3 + 3\,NaNO_3$$
$$C_6H_5O_7Ag_3 + 3\,NH_3 = C_6H_5O_7Ag_3(NH_3)_3$$

Cytrynian amonjakalno-srebrowy zawiera według wzoru chemicznego 39,50% srebra, jednak z uwagi na to, że używamy do odczynu amonjaku 10%-ego, — zawiera on w swej stężonej postaci płynnej 21,74% srebra.

W fabrykacji szpitalnej 1% rozczynu wodnego cytrynianu amonjakalno-srebrowego w ilości 1000 gramów (do rozlewania w mniejsze butelki) postąpić najlepiej wedle recepty następującej:

Natrii citrici 2,79 — *Argenti nitrici* 4,97
Aquae destillatae q. s. ad solutionem — *Aquae destillatae q. s. ad sol.*
Misce,
Filtra et ad praecipitatum adde
Ammoniae purae liquidae guttas q. s. ad solutionem
Aquae destillatae ad 1000,0.

Otrzymany 1% roztwór cytrynianu amonjakalno-srebrowego zawiera około 0,4% metalicznego srebra.

Jeśli chodzi o zalecenie choremu indywidualnie powyższego środka jako roztworu 1% w ilości 200 g do wstrzykiwań, można dla aptek miejskich ułożyć receptę w sposób następujący:

Rp. *Natrii citrici* 0,6
Aquae destillatae q. s. ad solutionem,
10% solutionis Argenti nitrici 9,94
(Filtra et ad praecipitatum adde):
Ammoniae purae liquidae guttas (miscendo) q. s. ad solutionem,
Aquae destillatae ad 200,0
(Ad vitrum nigrum).

Węglan amonjakalno-srebrowy otrzymać można działaniem azotanu srebra na węglan sodu, następnie przesączeniem i rozpuszczeniem osadu w amonjaku. Odczyn przebiega w sposób następujący:

$$Na_2CO_3 + 2\,AgNO_3 = Ag_2CO_3 + 2\,NaNO_3$$
$$Ag_2CO_3 + 2\,NH_3 = (NH_3)_2Ag_2\,CO_3$$

Węglan amonjakalno-srebrowy zawiera według wzoru chemicznego 69,67% srebra, jednak z uwagi na to, że używamy do odczynu amonjaku 10%-ego, zawiera on w swej stężonej postaci płynnej 35,06% srebra.

W fabrykacji szpitalnej 1% rozczynu wodnego węglanu amonjakalno-srebrowego w ilości 1000 gramów (do rozlewania w mniejsze butelki) postąpić najlepiej wedle recepty następującej:

Natrii carbonici 1,73 — *Argenti nitrici* 4,74
Aquae destillatae q. s. ad solutionem — *Aquae dest. q. s. ad sol.*
Misce,
Filtra et ad praecipitatum adde:
Ammoniae purae liquidae guttas (miscendo) q. s. ad solutionem,
Aquae destillatae ad 1000,0

Otrzymany 1% roztwór węglanu amonjakalno-srebrowego zawiera około 0,7% metalicznego srebra.

Jeśli chodzi o zalecenie choremu indywidualnie powyższego środka jako roztworu 1% w ilości 200 g do wstrzykiwań, można dla aptek miejskich ułożyć receptę w sposób następujący:

Rp. *Natrii carbonici* 0,35
Aquae destillatae q. s. ad solutionem,
10% solutionis Argenti nitrici 9,48
(Filtra et ad praecipitatum adde):
Ammoniae purae liquidae guttas (miscendo) q. s. ad solut.,
Aquae destillatae ad 200,0
(Ad vitrum nigrum)

Salicylan amonjakalno-srebrowy otrzymać można działaniem azotanu srebra na salicylan sodu, następnie przesączeniem i rozpuszczeniem osadu amonjaku. Odczyn przebiega w sposób następujący:

$$C_7H_5O_3Na + AgNO_3 = C_7H_5O_3Ag + NaNO_3$$
$$C_7H_5O_3Ag + NH_3 = C_7H_5O_3Ag\,NH_3$$

Salicylan amonjakalno-srebrowy zawiera według wzoru chemicznego 40,8% srebra, jednak z uwagi na to, że do odczynu używamy amonjaku 10%-ego, zawiera on w swej stężonej postaci płynnej 25,78% srebra.

W fabrykacji szpitalnej 1%-ego rozczynu wodnego salicylanu amonjakalno-srebrowego w ilości 1000 gramów (do rozlewania w mniejsze butelki) postąpić należy najlepiej wedle recepty następującej:

Natrii salicylici 4,07 — *Argenti nitrici* 4,09
Aquae destillatae q. s ,ad solutionem — *Aquae destillatae q. s. ad sol.*
Misce,
Filtra et ad praecipitatum adde:
Ammoniae purae liquidae guttas (miscendo) q. s. ad solutionem,
Aquae destillatae ad 1000,0

Otrzymany 1% roztwór salicylanu amonjakalno-srebrowego zawiera niespełna 0,5% metalicznego srebra.

Jeśli chodzi o zalecenie choremu indywidualnie powyższego środka jako roztworu 1% w ilości 200 g do wstrzykiwań, można dla aptek miejskich ułożyć receptę w sposób następujący:

Rp. *Natrii salicylici* 0,85
Aquae destillatae q. s. ad solutionem
10% solutionis Argenti nitrici 8,18
(Filtra et ad praecipitatum adde):
Ammoniae purae liquidae guttas (miscendo) q. s. ut fiat solutio,
Aquae destillatae ad 200,0
(Ad vitrum nigrum).

Szczawian amonjakalno-srebrowy otrzymać można działaniem azotanu srebra na szczawian sodu, następnie przesączeniem i rozpuszczeniem osadu w amonjaku. Odczyn przebiega w sposób następujący:

$$C_2O_4Na_2 + 2\,AgNO_3 = C_2O_4Ag_2 + 2\,NaNO_3$$
$$C_2O_4Ag_2 + 2\,NH_3 = C_2O_4Ag_2\,(NH_3)_2$$

Szczawian amonjakalno-srebrowy zawiera według wzoru chemicznego 62,4% srebra, jednak z uwagi na to, że używamy do odczynu amonjaku 10%-ego, — zawiera on w swej stężonej postaci płynnej 33,01% srebra.

W fabrykacji szpitalnej 1% rozczynu wodnego szczawianu amonjakalno-srebrowego w ilości 1000 gramów (do rozlewania w mniejsze flaszki) postąpić należy najlepiej wedle recepty następującej:

Natrii oxalici 2,79 — *Argenti nitrici* 6,26
Aquae destillatae q. s. ad solutionem
Misce,
(Filtra et ad praecipitatum adde):
Ammoniae purae liquidae guttas q. s. ut fiat solutio,
Aquae destillatae ad 1000,0

Otrzymany roztwór 1%-wy szczawianu amonjakalno-srebrowego zawiera około 0,6% metalicznego srebra.

Jeśli chodzi o zalecenie choremu indywidualnie powyższego środka jako roztworu 1% w ilości 200 g do wstrzykiwań, można dla aptek miejskich ułożyć receptę w sposób następujący:

Rp. *Natrii oxalici* 0,56
10% solutionis Argenti nitrici 12,50
(Filtra et ad praecipitatum adde):
Ammoniae purae liquidae guttas (miscendo) q. s. ut fiat solutio,
Aquae destillatae ad 200,0
(Ad vitrum nigrum)

Tlenek amonjakalno-srebrowy otrzymać można działaniem amonjaku na azotan srebra, przyczem wytworzony strąt rozpuszcza się ponownie w nadmiarze amonjaku. Odczyn przebiega prawdopodobnie w sposób następujący:

$$2\ AgNO_3 + 2\ NH_4OH = Ag_2O + H_2O + 2\ NH_4NO_3$$
$$Ag_2O + 2\ NH_3 = Ag_2O\ 2\ NH_3$$

W praktyce najłatwiej otrzymać gotowy roztwór tlenku amonjakalno-srebrowego dodając do rozczynu azotanu srebrowego, wśród ciągłego mieszania, kroplami amonjaku *(ammonia pura liquida)*. Będzie się tworzyć wówczas strąt ciemno-brunatny, który, w miarę dalszego dodawania amonjaku, rozpuści się ponownie. Rzeczą jest ważną, aby tylko tyle dodać kropel amonjaku, ile wystarczy do ponownego utworzenia się roztworu. Z doświadczenia wynika, że do przemiany roztworu azotanu srebra w roztwór tlenku amonjakalno-srebrowego trzeba w przybliżeniu dwa razy tyle cm³ świeżej *„ammonia pura liquida"*, ile było w roztworze *gramów* azotanu srebra w postaci czystej. Tak więc do 100 gramów 2%-ego roztworu azotanu srebra potrzeba 4 cm³ *„ammonia pura liquida"*, by otrzymać odpowiadający temu roztwór tlenku amonjakalno-srebrowego, przyczem największa ilość strątu powstaje po dodaniu mniej więcej połowy przeznaczonej do odczynu ilości amonjaku; po dodaniu drugiej połowy ilości amonjaku strąt rozpuszcza się ponownie całkowicie. Obserwowanie przebiegu odczynu napotka na trudności, o ile sporządzamy roztwory bardzo rozcieńczone; wówczas bowiem występujące w przebiegu odczynu zmętnienie płynu może być bardzo słabe i wtedy albo dodać trzeba zgóry wyznaczoną odpowiednią ilość amonjaku (p. w.), albo też sporządzić rozczyn bardziej stężony i później go dopiero rozcieńczyć wodą przekroploną. Zamiast obliczać każdorazowo stężenie otrzymanych w ten sposób roztworów tlenku, można miano ich zawsze odnosić do stężenia rozczynów azotanu srebra, z których się je uzyskało. Stężenia roztworów tlenku amonjakalno-srebrowego oznaczać będziemy zatem jako równe (y + x)%, gdzie „y" oznacza liczbę odsetkową użytego do odczynu azotanu srebra, a „x" różnicę masy między tym samym odsetkiem azotanu srebra a wytworzonym zeń związkiem amonjakalno-srebrowym.

Roztwory tlenku amonjakalno-srebrowego otrzymane w sposób wyżej podany zawierać będą jako domieszkę azotan amonu. Jeśli się pragnie tego uniknąć, należy płyn w przebiegu wykonywanego odczynu w chwili powstania maximum strątu przesączyć i osad rozpuścić w amonjaku, poczem rozcieńczyć stosowną ilością wody przekroplonej. Można również poprostu odważyć odpowiednią ilość gotowego proszku tlenku srebra, dodać kroplami tyle amonjaku, ile wystarczy do powstania roztworu, rozcieńczyć następnie odpowiednią ilością wody przekroplonej i oznaczyć stężenie. Jednak przy rozpuszczaniu strątu *in substantia* względnie skądinąd otrzymanego gotowego tlenku srebra w amonjaku należy postępować ostrożnie, aby uniknąć tworzenia się kryształków srebrowych Bertholet'a.

W sporządzaniu wszystkich wyżej wymienionych związków amonjakalno-srebrowych powinno się szczególną zwrócić uwagę, aby zużywać do odczynów ściśle tylko tyle amonjaku, ile potrzeba do rozpuszczenia się strątu w przebiegu odczynu, t. j. do wytworzenia się danego związku amonjakalno-srebrowego. Przestrzeganie tego jest zgodne z naszem założeniem i wystarczy zupełnie, aby płyn wytworzony miał wysoki wykładnik stężenia jonów pH. W przeciwnym wypadku powstałaby niepotrzebnie mieszanina amonjakalna danego związku, a wolny amonjak, choćby tylko w słabem stężeniu, działa drażniąco na błony śluzowe. Przetwory amonjakalno-srebrowe otrzymane w pracowni kliniki dermatologicznej U. J. (gdzie większą część tych środków leczniczych sam sporządziłem) — nie zawierały nadmiaru amonjaku i dlatego nadawały się dobrze do użytku leczniczego. Natomiast te same środki lecznicze lub podobne, zapisywane przez nas na recepty do aptek miejskich i tam sporządzane, działały często drażniąco na błonę śluzową cewki moczowej, niezawodnie wskutek zbyt wielkiej dawki amonjaku (co łatwo stwierdzić węchem). Dlatego konieczne jest szczególne zwrócenie uwagi aptekarzowi, aby amonjak dodawał powoli kroplami i wśród mieszania, aby ani jedna kropla nie była zbędna.

Wykładnik stężenia jonów pH jest w stężonych związkach amonjakalno-srebrowych wysoki (średnio znacznie ponad pH 9). Aptecznie można uzyskać roztwór tlenku amonjakalno-srebrowego (np. roztwór odpowiadający 1%-emu roztworowi azotanu srebra, t. j. roztwór tlenku amonjakalno-srebrowego = (1 + x)% w ilości 200 gramów w sposób najprostszy według recepty następującej:

Rp. *Argenti nitrici* 2,0
Aquae destillatae 194,0
Ammoniae purae liq. rec. par. 4,0
(Ad vitrum nigrum),

albo lepiej, jeśli się chce mieć lek wolny od domieszki związków azotowo-amonowych:

Rp. *Argenti nitrici* 2,0
Aquae destillatae q. s. ad solutionem
Ammoniae purae liquidae 2,0
Filtra et ad praecipitatum adde:
Ammoniae purae liq. guttas q. s. ut fiat solutio
Aquae destillatae ad 200,0
(Ad vitrum nigrum).

Tlenek srebra jest rozpuszczalny w wodzie tylko w bardzo małym stopniu, wystarczającym jednak, aby nadać roztworowi odczyn wyraźnie zasadowy. Roztwór, przygotowany do rozlewania go w mniejsze butelki, powinno się przechowywać zawsze w stanie nasyconym; płyn z ponad osadu tlenku srebra najlepiej do użytku leczniczego odpuszczać albo całość przesączać. Sam tlenek srebra w postaci stałej najlepiej otrzymać działając ługiem na azotan srebra, używając rozczynów normalnych. Strąci się czarno-brunatny tlenek srebra, który trzeba następnie kilkakrotnie przemyć dokładnie na sączku ciepłą wodą, aby uwolnić go od pozostałości ługu. Roztwór wodny nasycony tlenku srebra posiada wykładnik stężenia jonów pH 10,5. Roztworu używa się do celów leczniczych w stanie stężonym, bo stężenie jest i tak niezmiernie słabe.

Z podwójnych związków nieorganicznych używaliśmy w badaniach niniejszych *jodku srebrowo-potasowego* i *jodku srebrowo-amonowego*. W stanie stężonym są to związki w postaci płynnej, o wysokim ciężarze gatunkowym. Płyny, wystałe zwłaszcza, łatwo się przy rozcieńczeniu mniej lub więcej strącają, dlatego też do użytku leczniczego należy sporządzać odrazu płyny rozcieńczone, używając do sporządzenia powyższych związków odpowiednio rozcieńczonych przetworów chemicznych.

Jodek srebrowo-potasowy (srebrowo-amonowy) otrzymać możemy działaniem jodku potasu na azotan srebra, przesączeniem i rozpuszczeniem osadu w roztworze jodku potasu (wzgl. jodku amonu). Odczyn przebiega w sposób następujący:

$$AgNO_3 + KJ = KNO_3 + AgJ$$
$$AgJ + KJ = KAgJ_2$$
$$(NH_4J) \quad (NH_4J_2Ag)$$

Technika sporządzania stężonego $KAgJ_2$ (wzgl. NH_4J_2Ag) jest następująca:

Argenti nitrici 1,69 — *Kalii jodati* 1,66
Aquae destillatae q. s. ad solutionem — *Aquae destil. q. s. ad solut.*
Misce,
Filtra et ad praecipitatum adde:
Solutionis aquosae concentratae Kalii jodati (resp. Ammonii jodati) guttas q. s. ut fiat solutio.
(Ad vitrum nigrum).

Taki stężony jodek srebrowo-potasowy zawiera 26,75% srebra metalicznego. Roztwory rozcieńczone do celów leczniczych należy przechowywać stale w stanie nasycenia i sporządzać je lepiej odrazu jako rozcieńczone, bo stężony jodek srebrowo-potasowy (srebrowo-amonowy) łatwo się przy rozcieńczeniu strąca. W tym celu najlepiej zalać pewną ilość proszku jodku srebra (umieszczonego na dnie naczynia) większą ilością (np. 1000 g) odpowiedniego roztworu (1—5%) jodku potasu (wzgl. amonu) i utrzymywać płyn w stanie nasycenia. Powstałe stężenia jodków srebrowo-potasowego i srebrowo-amonowego oznaczać można w odniesieniu do stężenia użytego roztworu jodku potasu (jodku amonu), który nasyca się osadem jodku srebra. I tak, zależnie od tego rozporządzać będziemy stężeniami jodku srebrowo-potasowego (srebrowo-amonowego) = (1 + x)%, (2 + x)% i t. d., gdzie pierwsza cyfra oznacza stężenie jodku potasu (amonu), a liczba „x" róż-

nicę w stężeniu, jaka powstała przez dołączenie się srebra do związku. Samo wysycanie się roztworu odbywa się na zimno i trwa przez kilka godzin, tem dłużej, im mniejsze jest stężenie w roztworze jodku potasu (jodku amonu). Jodek srebrowo-potasowy oraz srebrowo-amonowy mają w swej stężonej postaci płynnej wykładnik stężenia jonów pH powyżej pH 8.

Poza zestawionemi powyżej związkami amonjakalno-srebrowemi względnie zasadowemi związkami srebrowemi, stosowałem w leczeniu rzeżączki cewki moczowej męskiej mieszaniny zasadowe związków srebrowych. Dotyczyło to dotychczas używanych organicznych związków srebra, jak *Protargol, Albargina, Hegonon, Navargan, Choleval, Ichthargan.* Do tych środków dodawano w równej ilości węglanu sodu, np.:

Rp. *Albargini*
Natrii carbonici aa 0,5
Aquae destillatae ad 200,0
Ad vitrum nigrum.

Dodatek węglanu sodu w równej ilości wystarczał zupełnie do nadania otrzymanemu roztworowi odczynu wyraźnie zasadowego, przyczem pH takich roztworów podnosiło się znacznie powyżej 7 lub 8, natomiast rozczyny tych samych środków bez dodatku węglanu miały, poza protargolem, pH zwykle niższe od 7 (zwłaszcza *albargina* i *ichthargan*). Próbowaliśmy także dodawać i większe ilości węglanu sodu. Dodatek tego przetworu nie wywoływał zmian w wejrzeniu ogólnem lub zabarwieniu wymienionych środków leczniczych, z wyjątkiem roztworu *ichthargan'u*, który przybierał wejrzenie nieco opalizujące i nieco zmieniał barwę.

Stosowaliśmy także w niniejszych badaniach czyste roztwory wodne węglanu sodowego do cewki i dożylnie oraz dożylnie żółty barwnik akrydynowy *„gonacrin"* w wyjałowionym roztworze wodnym cukru gronowego (glukozy 20%-owej) w mieszaninie z węglanem sodu, przyczem do osiągnięcia stężenia ponad pH 7 musiała być domieszka węglanu sodu dość znaczna (musiała wynosić trzykrotną ilość zawartej w roztworze gonakryny i więcej). Mieszaniny tej używaliśmy do celów leczniczych (do wstrzykiwań dożylnych) po jej wyjałowieniu. Powstaje przytem częściowo strąt, który jednak nie stanowi, jak to wynika z naszych doświadczeń, żadnej przeszkody w dożylnem stosowaniu leku. Mieszaninę tę można zapisywać w sposób następujący, przyczem domieszkę węglanu sodu stosuje się w ilości od 2 do 10%, np.:

Rp. *Gonacrini* 1,0
Natrii carbonici 5,0
20% solutionis Glucosae ad 100,0
Misce et sterilisa pro injectione.
Ad vitrum nigrum.

Gonakryny, o ile stosowaliśmy ją w mieszaninie z węglanem sodu, używaliśmy tylko w ilości 1% (a nie 2%, jak jej się zwykle używało do wstrzykiwań dożylnych), a to dlatego, aby uniknąć tworzenia się większego strątu, jaki w tych wypadkach w razie większego stężenia roztworu gonakryny powstaje. Aby jednak dawka lecznicza była mimo to dostateczna, wstrzykiwaliśmy dożylnie nie 5, lecz 10 cm³ płynu. Przed użyciem należy płyn dobrze zmieszać, przyczem znaczna ilość cukru gronowego zawarta w roztworze ułatwiała równomierne rozprowadzenie nieznacznego zresztą strątu.

Gonakryny do wstrzykiwań docewkowych używaliśmy również w mieszaninie zasadowej, wedle recepty jak np.:

Rp. *Gonacrini* 0,1
Natrii carbonici 0,3
Aquae destillatae ad 300,0
(Ad vitrum nigrum).

W takich nieznacznych stężeniach gonakryny nie wywołuje dodatek węglanu sodu strątu, lecz tylko nieznaczną opalizację płynu.

III.

Część kliniczna.

Zdajemy sobie dobrze sprawę, że aby móc wyrazić pewne i stanowcze zdanie o wartości leczniczej wszystkich wymienionych środków, oraz wogóle tego rodzaju leczenia, trzeba rozporządzać dużym materjałem chorych. W naszych badaniach rozporządzaliśmy materjałem chorych, który w olbrzymiej większości pochodził z przychodni kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell. Badania niniejsze stosowaliśmy wyłącznie u mężczyzn chorych na rzeżączkę z powikłaniami lub bez powikłań. Chorzy przez nas badani i leczeni stanowili materjał inteligentny, bo na liczbę 170 chorych było 70% studentów szkół wyższych. Jakkolwiek materjał chorych, którym rozporządzaliśmy, nie był bardzo wielki, to wszakże zupełnie naszem zdaniem wystarcza na to, aby można poznać działanie stosowanych przez nas środków leczniczych na środowisko zapalne rzeżączki i zorjentować się w ich wartości leczniczej w ogólniejszem tego słowa znaczeniu. W zestawieniu niniejszem ograniczymy się do podania stwierdzonego przez nas działania wymienionych środków na ziarenkowce rzeżączki, oraz na stan zapalny, t. j. wpływ na jego nasilenie i na skład jakościowy wysięku zapalnego.

Nie wszystkie środki stosowaliśmy w sposób jednaki; uzależniliśmy sposób ich stosowania od ich działania na błonę śluzową cewki moczowej oraz od tolerancji chorego. I tak używaliśmy w leczeniu przedniej części cewki każdego ze stosowanych przez nas środków, — natomiast w leczeniu tylnej części cewki, jedynie tlenku amonjakalno-srebrowego. Poza tem każdy środek zosobna stosowaliśmy zazwyczaj w sposób następujący, zależnie od jego właściwości, przyczem staraliśmy się podawać przez ciąg leczenia danego przypadku jeden i ten sam środek, by móc określić jego wartość leczniczą:

1) Cytrynian amonjakalno-srebrowy, węglan amonjakalno-srebrowy, salicylan amonjakalno-srebrowy i szczawian amonjakalno-srebrowy zasługują na omówienie wspólne, wobec jednakiego sposobu ich stosowania oraz dlatego, że ich działanie jest do siebie bardzo podobne. Wszystkie te środki nadają się do wstrzykiwania do przedniej części cewki. Cewka moczowa nieprzyzwyczajona dość silnie oddziaływa na roztwory silniejsze, dlatego lepiej zacząć od roztworów słabszych, jest to jednak rzecz indywidualna i nie można tu stwarzać żadnych szablonów, bo niektórzy chorzy znoszą dobrze odrazu silniejsze roztwory, co naturalnie korzystnie wpływa na szybsze ustąpienie objawów chorobowych, przy szybszem zniszczeniu ziarenkowców rzeżączki.

Można stosować te środki w rozcieńczeniach 1/4 do 1½%, przyczem dokładny sposób otrzymywania roztworów względnie sposób zapisywania recept podaliśmy powyżej. W większej liczbie przypadków zaczynaliśmy od ½% do 1%-ego roztworu. Wstrzykiwania tych środków stosować można od 3—5 razy dziennie, przy zatrzymaniu płynu w cewce przez 5—7 minut. Strzykawkę powinno się przed użyciem dokładnie przepłukać wodą przekroploną, bo zetknięcie się tych środków leczniczych z różnemi przetworami chemicznemi (np. kwasami) może pociągnąć za sobą łatwo częściowe straty. Również dobrze jest przed wstrzyknięciem przepłukać cewkę wodą przekroploną lub płynem używanym do wstrzykiwań; wzmocnić można w ten sposób działanie lecznicze. Najlepiej używać strzykawki *szklanej*, aby się płyn nie stykał z gumą lub kauczukiem. Jeśli po wstrzyknięciu do cewki pozostało jeszcze w strzykawce nieco płynu, należy go wylać a nie wlewać zpowrotem do flaszki ze środkiem leczniczym. Płyny należy przechowywać w naczyniach ciemnych.

Tlenek amonjakalno-srebrowy nadaje się zarówno do leczenia przedniej części cewki, jak i tylnej. Do części przedniej można go używać w stężeniach od (0,025 + x) do (0,3 + x) %. Są to stężenia słabe i dlatego środek ten nie nadaje się do *wyłącznego* stosowania w przebiegu całego procesu chorobowego. Dobre usługi może oddać zastosowany z końcem leczenia w miejsce azotanu srebra. Do leczenia tylnej części cewki nadaje się on znakomicie w postaci wstrzykiwań sposobem Guyona w stężeniu od (0,5 + x) do (3 + x) %.

Tlenek srebra nadaje się do leczenia przedniej części cewki w roztworze nasyconym. Można go także użyć w tej postaci do przepłukiwań cewki i pęcherza sposobem Janet'a.

Jodek srebrowo-potasowy można stosować w leczeniu przedniej części cewki w stężeniu od (2 + x) do (5 + x) %, oraz jodek srebrowo-amonowy w ten sam sposób w stężeniu od (1 + x) do (3 + x) %. Stosując oba te środki należy przestrzegać następujących przepisów: strzykawkę powinno się przechowywać tylko w danym roztworze przeznaczonym do wstrzykiwań; przed przetrzymaniem płynu w cewce moczowej powinno się raz lub dwa razy przepłukać cewkę tym samym płynem. Płyn można przetrzymać w cewce 5—8 minut.

Z płynów względnie mieszanin zasadowych, nadaje się węglan sodu do wstrzykiwań do przedniej części cewki (zwłaszcza) w roztworze wodnym 1—3%, oraz będące w użyciu leczniczem roztwory organicznych soli srebrowych z węglanem sodu *aa partes aequales*. Stężenie węglanu sodu można oczywiście zwiększać. W mniejszym stopniu nadaje się do celów leczniczych amonjak zastosowany zamiast węglanu sodu, gdyż drażni błonę śluzową cewki. Jeśli go jednak stosujemy, należy zapisać najwyżej ilość *ammonia pura liquida* równą ilości zapisanej soli srebrowej *in substantia* lub nawet mniej. Wystarcza to najzupełniej do zmiany

fizyko-chemicznego stanu płynu. Sposób stosowania dożylnego roztworów węglanu sodu i gonakryny w mieszaninie zasadowej oraz wstrzykiwań docewkowych gonakryny zasadowej omówiliśmy już powyżej.

Jeśli chodzi o działanie środków przez nas używanych na środowisko zapalne w cewce, to *związki amonjakalno-srebrowe* umieścić trzeba w jednej i tej samej grupie. Zasadniczą ich cechą jest wybiórcze, silnie zabójcze działanie na ziarenkowce rzeżączki. Znikają one nadzwyczaj wcześnie. Poza tem zaznacza się wybitnie działanie tych środków na ilość i skład wysięku zapalnego. Wyciek zapalny ustaje bardzo wcześnie lub silnie się zmniejsza, albo też zmienia się, stając się wodnistym lub miazgowatym, t. j. w wydzielinie pojawia się często wielka ilość płynu surowiczego, zawierającego gęstsze lub rzadsze skupienia miazgi nabłonków śluzówki. Przy kontroli mikroskopowej znikają wcześnie nagromadzenia ciałek ropnych i wogóle nagromadzenia składników morfotycznych. Nieraz już po upływie 2—3 dni leczenia wstrzykiwaniami związków amonjakalno-srebrowych widać pod mikroskopem jedynie tu i ówdzie zwyrodniałe lub rozpadłe pojedyńcze ciałka ropne, oraz bezpostaciową najczęściej miazgę rozprowadzoną mniej lub więcej równomiernie, często przy braku śluzu i nabłonków. Wczesne pojawienie się miazgi, i to często obficie, w mikroskopowem polu widzenia, co zresztą stwierdzić można już z wejrzenia wydzieliny zapalnej, jest bardzo charakterystycznym objawem, występującym w przebiegu leczenia związkami amonjakalno-srebrowemi. Miazga ta składa się ze zwyrodniałych ciałek ropnych oraz złuszczonych martwiczych warstw śluzówki. Stosunek tej mieszaniny zmienia się oczywiście bardzo prędko w przebiegu leczenia na korzyść składników nabłonkowych przy znikaniu składników ropy. Wyciek zapalny z cewki w przebiegu leczenia środkami amonjakalno-srebrowemi, o ile nie wywołują one zadrażnienia, ustaje zazwyczaj bardzo szybko. Zostawienie chorego jego losowi już zaraz po stwierdzeniu braku ziarenkowców w obrazie mikroskopowym (brak ten stwierdzić można po 1—2—5 dniach) byłoby zanadto ryzykowne. Próby podejmowane przez nas w tym kierunku potwierdziły nasze obawy; już po upływie kilku dni pojawiały się ziarenkowce przy ponownem zwiększeniu się wycieku i ponownem zwiększeniu się ropy. Również jeślibyśmy chcieli uważać leczenie za ukończone nieco później, np. z chwilą zniknięcia ciałek ropnych, zawiedlibyśmy się. Po kilku dniach lub wcześniej mogą (acz niezawsze!) pojawić się nawroty wycieku ropnego, a po pewnym czasie często stwierdzić można małą ilość ziarenkowców w mikroskopowem polu widzenia. Nie ulega jednak wątpliwości, że można jednym i tym samym środkiem przeprowadzić całe leczenie do końca, i to w czasie krótszym niż środkami zwyczajnemi, a to wskutek właśnie energicznego leczniczego działania każdego z wymienionych środków amonjakalno-srebrowych. Oczywiście, że można te środki stosować również naprzemian. Lecząc jeszcze przeciętnie przez dwa tygodnie po zniknięciu składników ropnych, można zwykle uzyskać trwale dodatnie wyniki. Oczywiście, nie wszyscy chorzy nadają się do tego rodzaju leczenia, co się uwidacznia w intolerancji z występowaniem objawów ubocznych nawet przy stosowaniu słabych stężeń, przyczem nieraz nie można przeszkodzić przejściu sprawy chorobowej na tylną część cewki. Naodwrót było również wśród przez nas leczonych chorych kilku takich, których wcześnie uznać musieliśmy za wyleczonych.

Stosowanie odrazu zbyt silnych stężeń przy nieprzyzwyczajonej do tych środków cewce moczowej, wywołuje często objawy podrażnienia, zwłaszcza jeśli używany do wstrzykiwań roztwór zawiera niepotrzebnie choćby nieznaczny nadmiar amonjaku. Objawy te, zależnie od ich nasilenia, mogą być następujące: zmętnienie drugiej porcji moczu wskutek pojawienia się w niej śluzu; ból i pieczenie przy oddawaniu moczu i wstrzykiwaniu płynu wskutek przekrwienia i obnażenia wierzchnich warstw śluzówki; krwawy mocz; silny obrzęk błony śluzowej i wskutek tego utrudnienie, względnie nawet uniemożliwienie, oddawania moczu oraz obrzęk części przyległych (żołędzi, napletka, ciał jamistych cewki i prącia) oraz tkliwość w okolicach pachwinowych. Objawy te ustępują po chwilowej przerwie w stosowaniu wstrzykiwań, poczem leczenie, odpowiednio łagodniejsze, podjąć można na nowo.

Tlenek amonjakalno-srebrowy nie wywiera na dwoinki rzeżączki i wogóle na środowisko zapalne rzeżączki działania tak wybitnego, jak poprzednio wymienione związki amonjakalno-srebrowe, a to prawdopodobnie dlatego, że można go stosować bez wywołania większego podrażnienia tylko w nieznacznem stężeniu (p. w.). Działanie jego, choć powolniejsze, mogliśmy jednak stwierdzić. Zwłaszcza środek ten użyty w postaci wstrzyknięć względnie zakropleń do tylnej części cewki okazał się bardzo skutecznym, gdyż w tych przypadkach działał mniej drażniąco od azotanu srebra. W kilku przypadkach uporczywego zapalenia rzeżączkowego całej cewki, kiedy wszystkie inne środki lecznicze zawodziły przez przeciąg kilkunastu dni i dłużej, jednorazowe lub dwurazowe wstrzyknięcie do tylnej cewki tlenku amonjakalno-srebrowego odniosło wybitny, doraźny skutek leczniczy, wywołując zupełne wyjaśnienie drugiej części moczu.

Tlenek srebra w roztworze nasyconym działał bardzo łagodnie, ale też i słabo. Niemniej powiodło się nam w dwóch przypadkach, stosując wyłącznie tlenek srebra, wywołać zniknięcie ziarenkowców rzeżączki po 2—3 tygodniach leczenia. Niektóre przypadki rzeżączki nadają się szczególnie do leczenia tym środkiem, a można to stwierdzić odrazu na początku leczenia. Są to przypadki podatne na leczenie łagodnemi płynami zasadowemi. Tlenek srebra nadaje się zwłaszcza do leczenia w okresach początkowych choroby, jeśli objawy zapalne są znaczne i zastosowanie ostrzejszych środków może nie być wskazane.

Roztwory *jodku srebrowo-potasowego i srebrowo-amonowego* nadają się z powodów związanych ze sposobem ich przyrządzenia (p. w.) raczej do użytku szpitalnego. Stosowane leczniczo w postaci wstrzykiwań docewkowych działają przeciwzapalnie i zabójczo na ziarenkowce rzeżączki. Działanie ich nie jest jednak wybitne i szybkie i dlatego nie można ich pod tym względem porównać ze związkami amonjakalno-srebrowemi. Stopień ich działania idzie mniej więcej w parze z działaniem leczniczem powszechnie używanych soli srebrowych. Zaznaczyć jednak trzeba, że niektóre przypadki rzeżączki szczególnie się do tego leczenia nadają, a zwłaszcza warto spróbować tego leczenia tam, gdzie inne środki zawiodły. Jodek srebrowo-amonowy działa nieco energiczniej od jodku srebrowo-potasowego, ale przy użyciu jodku srebrowo-potasowego stopniować można więcej stężenie w przebiegu leczenia (p. w.). Leczenie obydwoma temi środkami jest ze względu na materjał chemiczny dosyć kosztowne.

Wstrzykiwanie do cewki roztworu węglanu sodu naogół działa leczniczo bardzo słabo i tylko pewne przypadki są podatne na takie leczenie. Niemniej powiodło się nam w jednym przypadku wywołać zniknięcie ziarenkowców rzeżączki, stosując jedynie wstrzykiwania do cewki roztworów węglanu sodu. Po wstrzykiwaniach roztworu węglanu sodu drogą dożylną nie widzieliśmy żadnych skutków leczniczych.

Co do stosowania mieszanin zasadowych organicznych soli srebrowych, to mimo że wypróbowaliśmy ten sposób na dość wielkiej liczbie chorych zarówno klinicznych, jak i ambulatoryjnych, — nie da się o wynikach leczniczych nic pewnego powiedzieć. Nie można było stwierdzić zasadniczych różnic w zachowaniu się ziarenkowców rzeżączki, w składzie wydzieliny zapalnej, lub w wejrzeniu moczu. Pewne spostrzeżenia dotyczą tylko sporadycznych przypadków chorobowych. Mianowicie niektóre przypadki rzeżączki przebiegały z pojawianiem się nieco obfitszej wydzieliny w przebiegu leczenia mieszaninami zasadowemi; niektóre zaś przypadki były bardzo podatne na leczenie i sprawa chorobowa ustępowała zupełnie w krótkim czasie. W tych właśnie przypadkach można było spostrzegać wcześniejsze niż zazwyczaj zniknięcie ziarenkowców rzeżączki, wcześniejsze ustąpienie wydzieliny, zmianę jej charakteru na śluzowo-nabłonkowy i szybsze wyjaśnianie się moczu.

Gonakryna w mieszaninie zasadowej stosowana do wstrzykiwań docewkowych dawała wyniki bardzo dobre w przebiegu leczenia rzeżączki, a także i w leczeniu zwykłego nieżytu cewki moczowej. Czy i o ile gonakryna w mieszaninie zasadowej przewyższa co do mocy leczniczej gonakrynę zwykłą, trudno powiedzieć. Więcej już możnaby powiedzieć opierając się na naszych spostrzeżeniach o stosowaniu dożylnem gonakryny w mieszaninie zasadowej (z dodatkiem cukru gronowego). Tu musimy zaznaczyć, że u tych chorych, którzy wogóle na leczenie gonakryną byli podatni, uzyskiwaliśmy bardzo dodatnie wyniki, naszem zdaniem lepsze, niż przy stosowaniu gonakryny zwykłej. Dożylnie stosowaliśmy gonakrynę w mieszaninie zasadowej przedewszystkiem w przypadkach rzeżączki ostrej całej cewki moczowej oraz w ostrych powikłaniach *(prostatitis, epididymitis)*. Objawy zapalne ustępowały szybko i już z początkiem leczenia można się było zorjentować, czy dany chory nadaje się do takiego leczenia. U takich chorych zwykle już po 1—2 wstrzyknięciach zauważyć można było znaczną poprawę. U innych chorych natomiast trzeba było nieraz znacznej liczby wstrzykiwań, by z trudem sprowadzić poprawę stanu chorobowego. W przypadkach rzeżączki ostrej przedniej części cewki dożylnie podawana gonakryna w roztworze zasadowym wywoływała szybko (już po 1 wstrzyknięciu) znaczne zmniejszenie się objawów zapalnych, i to we wszystkich przypadkach, w których tego próbowaliśmy. W przypadkach przewlekłych nie mieliśmy przy stosowaniu gonakryny wyników ani w przybliżeniu tak korzystnych. Również nie zauważyliśmy różnicy w działaniu szczególnem na ziarenkowce rzeżączki przy zastosowaniu dożylnem gonakryny w roztworze zasadowym w porównaniu ze stosowaniem dożylnem gonakryny

zwykłej. Szczegóły stosowania gonakryny w roztworze zasadowym podaliśmy wyżej.

Zestawiając wyniki stosowanego przez nas leczenia stwierdzić można przedewszystkiem aktywność związków amonjakalno-srebrowych w działaniu na środowisko zapalne rzeżączki cewki męskiej. Zazwyczaj nadają się chorzy do takiego leczenia, przyczem w niektórych przypadkach wymaga cewka moczowa stopniowego przyzwyczajania. Przypadki rzeżączki, leczone bezskutecznie i przez czas dłuższy innemi środkami, okazały się zwłaszcza podatne na leczenie środkami amonjakalno-srebrowemi. U chorych bardziej odpornych na leczenie związkami amonjakalno-srebrowemi można jednak zauważyć bezskuteczność tych środków już w pierwszym okresie leczenia. Dalsze doświadczenia zestawionemi tutaj środkami, przeprowadzone na obfitym materjale szpitalnym, są bardzo pożądane, zwłaszcza że rokują naszem zdaniem niewątpliwie postęp w zakresie leczenia rzeżączki.

Dr. Zygmunt LANDAU. Kraków.

Humoralne leczenie pląsawicy ciężarnych [1]).

Z oddziału chorób nerwowych i umysłowych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Doc. Dr. Artwiński.

Rozpatrując schorzenia którego bądź układu w przebiegu ciąży niepodobna pominąć jako czynnika chorobotwórczego swoistego usposobienia wynikającego z głębokich zmian zachodzących w ustroju kobiecym w tym okresie.

Istotą tych przemian jest przestrojenie hormonalne. Obraz prawidłowej jak i nieprawidłowej ciąży, zmiany barwikowe na powłokach, zgrubienia rysów twarzy i kończyn przypominające żywo obrazy akromegaliczne i t. d., poza tem zmiany morfologiczne dające się wykazać we wszystkich gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu a w szczególności w przysadce mózgowej i jajniku, ponadto dane doświadczalne, wskazują na doniosłe znaczenie układu hormonalnego w ciąży. Rozszerzeniem i ugruntowaniem podstawy tych zapatrywań stały się badania Aschheima i B. Zondeka, prowadzące do wyosobnienia hormonów przedniego płatu przysadki i do wykrycia znaczenia tych hormonów w czynności jajników. Badania te — spodziewać się należy — rzucą światło na wiele zagadnień z zakresu prawidłowej i nieprawidłowej ciąży.

Odrębność zjawisk fizjologicznych w ciąży cechuje też szereg zmian serologicznych, częściowo tylko dotąd zbadanych, choć niewątpliwie istniejących, z których niektóre — rzecz ciekawa — napotykamy poza tem jedynie w przebiegu przewlekłych zakażeń i złośliwych nowotworów. Wspomnę tu jedynie o stale dającym się wykazać we krwi ciężarnych zaczynie antytrypsynowym skierowanym przeciw zaczynowi trypsynowemu wytwarzanemu przez płód, oraz o zaczynie wykrytym przez Abderhaldena, powodującym rozkład komórek łożyskowych kosmówki, wdzierających się do krwi matki.

Wyżej opisane przestrojenie hormonalne, łącznie ze zmianami serologicznemi, jest punktem wyjścia łańcucha przemian, które wykazać można zarówno w przemianie materji organicznej (białka, tłuszczów i węglowodanów) jak i mineralnej, w mechaniźmie regulacji elektrolitów, w stanie koloidów, w układzie roślinnym, nerwowym i t. d.

Tak powstałe okresowe przeobrażenie całego biologicznego układu odczynów pociąga za sobą chwiejność w regulacji spraw życiowych. Wynika z tego zwiększona podatność do wszelkich chorób ze szczególną skłonnością do zaburzeń w przemianie materji o charakterze samozatrucia.

Otóż klinicznym wyrazem tych zmian podłoża biologicznego jest wpływ ciąży na ujawnienie się różnych skłonności chorobowych. Ten związek kliniczny jest dermatologom dobrze znany. Pouczającym wielce jest przykład z praczką, o której mówię za Luithlenem, która dobrze znosiła szkodliwe skutki swego zawodu, dopóki nie zaszła w ciążę: w czasie ciąży zaś dostawała wyprysku pod wpływem mydła i ługu.

Drugim przykładem to liszajec pryszczykowy *(impetigo herpetiformis)*, choroba pojawiająca się u kobiet stale w łączności z ciążą a w związku z przedmiotem omawianym zasługująca na szczególne uwzględnienie ze względu na ustępowanie pod wpływem tego samego leczenia, co pląsawica ciężarnych *(chorea gravidarum)*. Do przedmiotu tego jeszcze powrócę. Przykłady z innej dziedziny: ciąża uczynnia niejednokrotnie utajoną tężyczkę, wywala napady dusznicy i t. d. Otóż ciąża odgrywa przytem rolę jednego z mniej lub więcej doniosłych czynników etjologicznych, których szczególne zestawienie stwarza dopiero zaburzenie chorobowe. Znaczenie jej jako takiego czynnika może być różne i zależeć będzie także od tego, czy tok przemian związanych z ciążą, jako taką, jest prawidłowy czy chorobowy i odwrotnie: istniejący zespół czynników może wpłynąć na przebieg procesów fizjologicznych ciąży.

Tak ujmując zagadnienie chorób ciąży, idziemy po linji patologji konstelacyjnej Tendeloo, której omówieniu pragnę kilka słów poświęcić.

Wydaje nam się, że dozna przytem pewnego oświetlenia zarówno etjologja jak i stosowane przez nas ze skutkiem leczenie pląsawicy ciężarnych.

Według Tendeloo czynniki chorobotwórcze wyjątkowo tylko występują samodzielnie w takiej sile, że inne jako współczynne w powstaniu choroby pominąć możemy. W zasadzie jednak szereg czynników współdziała, przyczem do wyzwolenia się choroby potrzebną jest konstelacja czynników t. j. szczególny ich układ czasowo-przestrzenny dający się najlepiej zobrazować wzorem strukturalnym cząsteczki chemicznej, która przedstawia układ atomów w cząsteczce, a tem samem właściwości i korelacje poszczególnych grup atomowych.

Ten sam obraz chorobowy powstać może, w tem rozumieniu, niekoniecznie na skutek tych samych czynników, ale także na skutek różnych czynników, gdyż ten lub inny czynnik chorobotwórczy, a nawet grupa czynników, mogą zostać zastąpione innemi.

Na terenie neurologji poglądy te znajdują szczególnie łatwo zastosowanie. W tej dziedzinie mówimy częściej o zespole objawów chorobowych, niż o jednostkach klinicznych, a określenie to wskazane jest właśnie względami na różne możliwości odmian konstelacji czynników etjologicznych znajdujących swój odpowiednik w takim samym obrazie chorobowym, jak też względami na właściwości budowy i fizjologji układu nerwowego. Przechodząc do omówienia zespołu pląsawiczego w ciąży, stwierdzić trzeba, że choroba ta jest bardzo poważnem powikłaniem ciąży. Według Oppenheima powoduje ona 25% śmiertelności, według Ewalda 15—20%, według Pinelesa 10% śmiertelności. Najczęściej zapadają pierwiastki między 18—23 rokiem życia i to przeważnie w pierwszej połowie ciąży, ale nie wcześniej, jak w trzecim miesiącu. Kliniczny obraz nie odbiega wiele od obrazu pląsawicy zwykłej *(chorea minor)*. Często jest pląsawica w ciąży nawrotem pląsawicy Sydenhama, według Levyego w 50—60% przypadków. U innych — zespół ten pojawia się w ciąży po raz pierwszy. (Ta ostatnia odmiana ma mieć przebieg cięższy od pierwszej).

Etjologicznie wykazać można czasami a niejednokrotnie się domyślać, podobnie jak w pląsawicy zwykłej, działania czynnika toksyczno-zakaźnego. Za tem przemawiają także objawy poprzedzające względnie powikłania, jak angina, reumatyzm stawowy, zapalenie wsierdzia. Podobnie jednak jak w pląsawicy zwykłej, tak też i w pląsawicy ciężarnych czynnik zakaźny, zresztą nieswoisty, nie wyczerpuje jeszcze całokształtu zagadnienia etjologji choroby.

Obraz anatomiczny w przebiegu pląsawicy ciężarnych (Schuster, P. Marie, Bouttier, Tretiakoff, Jakob, Creutzfeldt, Winkelman, Souques et Ivan Bertrand) jest różnorodny zarówno co do charakteru zmian, jak i co do umiejscowienia. Z reguły stwierdza się ubytek i zniszczenie mniejszych komórek w *striatum* i często zmiany w dolnych trzech warstwach kory mózgowej płatu czołowego. Niejednokrotnie jednak zmiany te są rozsiane w obrębie całego sensomotorycznego kompleksu *(striatum, thalamus opticus, regio subthalamica, cerebellum, nucleus ruber)*. Zmiany te nie odbiegają w każdym razie zasadniczo od zmian anatomicznych, stwierdzanych w pląsawicy zwykłej i nie oświetlają dostatecznie ani pochodzenia ani powstawania pląsawicy w ciąży.

W nowszych badaniach zapoczątkowanych przez Kehrera wysuwa się na czoło zagadnienia usposobienie pląsawicze, polegające na nabytej wzgl. odziedziczonej chwiejności mechanizmu choreatycznego, która to chwiejność — że się tak za Krollem wyrazimy — sprawia, że osoby takie oddziałują na różnorodne czynniki, jak ostre i przewlekłe zakażenia, zatrucia, zaburzenia przemiany materji, zaburzenia czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i t. d., zespołem choreatycznym.

Ossipowa podejmując zdanie Kehrera, przeprowadziła badanie konstytucji somatycznej i nerwowo psychicznej w 43 przypadkach pląsawicy zwykłej w okresie choroby i po chorobie przy uwzględnieniu wpływów dziedziczności i potwierdziła wyniki badań Kehrera. Także Kroll i inni autorowie potwierdzają słuszność tych zapatrywań.

Otóż przyjmując z wielkiem prawdopodobieństwem taką samą gotowość choreatyczną dla osobników ze zespołem pląsawicy w ciąży i uwzględniając bliskie powinowactwo kliniczne z pląsa-

---

[1]) Odczyt z pokazem leczonych, wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem w Krakowie w dniu 3 lutego br.

wicą zwykłą, nie możemy jednak pominąć tego czynnika patogenetycznego, który związany jest z ciążą. Przypominam w tym związku nakreślony wyżej obraz zmian podłoża biologicznego w ciąży i przedstawiony wpływ ciąży na ujawnienie się różnych skłonności chorobowych.

Za związkiem patogenetycznym z ciążą przemawiają także spostrzeżenia kliniczne w przebiegu samej pląsawicy ciążowej a mianowicie:

Zespół pląsawiczy pojawia się w wieku, powyżej lat 18-tu przeważnie w związku z ciążą — pląsawica ciążowa ustaje z reguły bezpośrednio po porodzie albo w ciągu kilku następnych tygodni (czasem trwa dłużej), leczy się skutecznie surowicą ciężarnych, o czem będzie jeszcze mowa.

Przechodzę do własnych spostrzeżeń.

Przypadek I: Jam. C. l. 19. zamężna, w siódmym miesiącu ciąży, pierwiastka.

W piątym miesiącu ciąży wystąpiły ruchy mimowolne prawej kończyny górnej i dolnej i utrudnienie mowy: chora mówi wolniej i zacina się z powodu wykrzywienia się ust i języka. Żucie i połykanie prawidłowe. Sen dobry. We śnie ruchy ustają, tylko czasami wykonywa nagły ruch ręką i budzi się z powodu bólu od uderzenia.

Od kilku dni ten stan, który trwał mniej więcej bez zmiany przez dwa miesiące, pogorszył się. Ruchy mimowolne w kończynach prawych są gwałtowniejsze, mowa bardziej utrudniona.

Z wystąpieniem ciąży chora zauważyła u siebie zmianę psychiczną: przedtem wesoła i zrównoważona stała się skłonną do płaczu i wzruszeń. Pamięć w ostatnich czasach ma być słabsza.

Od kilku miesięcy miewa częste krwawienia z nosa i zawroty głowy. Zawroty głowy miewała już dawniej, obecnie są częstsze. Z przebytych chorób w dzieciństwie: odra, błonica. Potem dwukrotnie grypa, raz czerwonka. Często miewa zapalenie gardła, a przed sześciu laty przebyła zapalenie stawów. Pląsawicy zakaźnej nie przechodziła przedtem. Dziedziczność: rodzice zdrowi, w rodzinie ojca ani matki chorób umysłowych ani nerwowych rzekomo nie było.

Stan obecny: osoba średnio wysoka, o dość mocnej budowie ciała, o średnio dobrze rozwiniętej podściółce tłuszczowej. Obrzęków brak. Nerwy czaszkowe: bez zmian.

Narząd ruchowy: W prawej kończynie górnej i dolnej dostrzega się ruchy nagłe, mimowolne, mniej lub więcej gwałtowne, w różnych kierunkach. Obok ruchów wielkich, niespodziewanych całej kończyny, szczególnie górnej rzadko występujących, dostrzega się niepokój ruchowy niemal ciągły, szczególnie w obrębie barku i palców ręki. W barku ruchy te przypominają wzdrygnienia. Chora może opanować na chwilę niepokój ruchowy w kończynie górnej, ale wtedy występują żywiej ruchy mimowolne w kończynie dolnej i naodwrót. Ruchom mimowolnym towarzyszy czasami wykrzywienie prawej połowy twarzy i ruch językiem. Mowa chwilami zupełnie prawidłowa, chwilami wybuchowa, z krótkiemi przerwami i zacinaniem się.

Czucie: prawidłowe.

Odruchy: źrenice oddziaływują żywo na światło i zbieżność. Odruchy kolanowe i achillesowe żywe, równe. Odruchy ścięgniste i okostnowe średnio żywe, równe, odruchów nieprawidłowych brak.

Tonus: w prawej kończynie dolnej nieco słabszy niż w lewej.

Niedomoga zastawki dwudzielnej. Tętno 80 na minutę. RR: 105/70 mmHg. Inne narządy wewnętrzne: bez zmian.

Mocz: prawidłowy. Odczyn Wassermanna z krwi: ujemny. Odczyn Meinicke'go z krwi: ujemny.

Krew jałowa.

Rozpoznawaliśmy zespół hemichoreatyczny prawostronny, średnio ciężkiego nasilenia. *Ze strony ginekologicznej polecono przerwanie ciąży.* Nie zastosowaliśmy się do tego wskazania.

Chorą leczyliśmy bezskutecznie jedenaście dni bromem i arsenem w postaci *natrium kakodylicum.*

3. VIII. zastosowaliśmy 16 cm^3 surowicy zdrowej ciężarnej domięśniowo. Dalszy przebieg kliniczny był następujący: wkrótce po zastrzyku wyraźna poprawa samopoczucia. Chora podaje, że kończyną dolną prawą wykonywa mniej ruchów mimowolnych. Ruchy w kończynie górnej prawej nie uległy poprawie.

5. VIII. Ruchy mimowolne w kończynie dolnej minimalne. Znikły ruchy choreatyczne barku; były to nagłe, niezborne ruchy barku do przodu przy równoczesnem odwodzeniu ramienia. Chora odczuwała ruchy te szczególnie dotkliwie. Ruchy w dłoni są słabsze.

7. VIII. Chora posługuje się dzisiaj swobodnie ręką prawą przy obiedzie, przy pobieraniu płynu i t. p. Tylko kilka ruchów mimowolnych dłoni i palców przeszkadzały chorej w tej czynności. Podczas chodu ruchy palców i dłoni jeszcze się pojawiają. Z rana i wieczorem ruchy pląsawicze są najsłabsze.

11. VIII. Drugie wstrzyknięcie domięśniowo surowicy ciężarnych. (20 cm^3).

12. VIII. Wyraźna poprawa samopoczucia. Chora podaje, że ręka jest „posłuszna". Przy rozstawianiu i zestawianiu palców ruchy mimowolne nie występują.

16. VIII. 10 cm^3 surowicy ciężarnych domięśniowo.

17. VIII. Ruchy mimowolne podczas chodu zupełnie ustały. Chora prawą ręką szyje i wykonała sobie dzisiaj *tą samą ręką manicure!*

18. VIII. Chora opuszcza oddział.

W ciągu następnych miesięcy chora otrzymała jeszcze dwukrotnie ambulatoryjnie zastrzyki surowicy domięśniowo. Poród był prawidłowy. Dziecko urodziło się zdrowe. Ruchy pląsawicze miały utrzymywać się jeszcze przez okres tygodnia po porodzie podczas chodu i podczas ruchów zamierzonych; były jednak słabe i rzadkie, po tym czasie znikły.

Z wywiadów i obrazu klinicznego zasługują na wyszczególnienie: a) pojawienie się objawu pląsawicy w czwartym miesiącu ciąży u pierwiastki a więc zgodnie z regułą, b) skłonność do schorzeń reumatycznych (częste zapalenia gardła, przebyte zapalenie stawów, niedomoga zastawki dwudzielnej), c) ograniczenie się objawów pląsawicy do jednej połowy ciała.

Przypadek II: Chora Cz. l. 31, żona montera, wieloródka, w ostatnim miesiącu ciąży.

Chorobę nerwową poprzedził okres dwutygodniowy, w czasie którego doznawała chora drętwienia lewej kończyny górnej, które ustępowało po masażu. Przed tygodniem w związku z silnem wzruszeniem, spowodowanem zaskoczeniem męża na fakcie zdrady małżeńskiej, dostała chora napadu płaczu, w połączeniu z mimowolnym ruchem ust w lewo. Napad ten bez utraty przytomności trwał około 15 minut, poczem chora uspokoiła się. Następnego dnia pojawiły się ruchy mimowolne w lewej kończynie górnej, trzy dni potem także w lewej kończynie dolnej. W międzyczasie chora dużo chodziła po ulicach i zmęczyła się bardzo, tem bardziej, że w ostatnich dwu miesiącach leżała w łóżku. Zmęczenie to poprzedziło pojawienie się wspomnianych ruchów mimowolnych w kończynie dolnej. Wkrótce potem zmieniła się także mowa, stała się urywana, dorywcza, nerwowa. Gdy się chora zmęczy, to wcale nie mówi i dopiero po wypoczynku odzyskuje zdolność mówienia.

Z chorób: w dzieciństwie: odra, płonica, zapalenie opłucnej. Pląsawicy nie przechodziła. Od 10 roku życia zaczęły się psuć zęby tak, że do 17 roku straciła prawie wszystkie zęby szczęki górnej. Od dzieciństwa ma oczy nieco wysadzone, a oko lewe było stale więcej wysadzone niż prawe. Wytrzeszcz oka lewego jest zmienny, raz słabszy, raz silniejszy. Szyja wyglądała zawsze prawidłowo i nie ulegała wyraźniejszym zmianom obwodu. Chora nigdy nie pociła się nadmiernie. W nastroju zawsze chwiejna, skora do płaczu i równie skora do wesołości. Przed rokiem miała zapalenie gardła, z wysoką gorączką, miesiąc później wystąpiła choroba miedniczek nerkowych i pęcherza i z tego powodu leczyła się około pół roku. Po opuszczeniu szpitala zaszła w ciążę obecną, którą znosiła lepiej niż poprzednie. Miesiączka przed zamążpójściem prawidłowa, potem mniej regularna. Rodziła 6 razy. Obecna ciąża jest siódma; dwukrotnie była ciąża bliźniacza, raz trojacza. Dzieci z tych ciąży urodziły się jużto nieżywe, jużto zmarły wkrótce po porodzie. Raz roniła. Dwoje dzieci zdrowych.

Dziedziczność: Babka chorej miała dwukrotnie bliźnięta. Chora jest dzieckiem nieślubnem; ojciec lekarz jest człowiekiem bardzo nerwowym i leczył się z tego powodu w sanatorjum.

Badanie przedmiotowe:

Narząd ruchowy: Ruchy pląsawicze ograniczające się do lewej połowy ciała nie wyłączając lewej połowy twarzy. W spokoju ruchy te dostrzega się w odstępach czasu mniej więcej pólminutowych, jako mimowolne zrywania lewego barku, ramienia względnie dłoni i palców, rzadziej lewej kończyny dolnej i twarzy. Ruchy te znacznie się nasilają podczas mowy, a zwłaszcza gdy chora zagadnięta jest o sprawy, które ją żywo obchodzą. Wtedy ruchy te stają się najżywsze w twarzy, palcach ręki i w obrębie tułowia. Mowa nieregularna, szybka, gorączkowa, chwilami urywa się. Oddech chwilami nierówny. Fonacja prawidłowa.

Głowa: Źrenice średnio-szerokie, równe, oddziałują na światło żywo i wydatnie. Odczyn na zbieżność nie da się stwierdzić z powodu trudności zbieżnego patrzenia. Wytrzeszcz obustronny, wybitniejszy po lewej. Stellwag: ujemny. Möbius: zaznaczony. Graefe: na oku lewem wyraźnie zaznaczony. Gałek ocznych nie dociąga do kątów zewnętrznych. Inne ruchy mięśni ocznych prawidłowe. Poza tem nerwy czaszkowe bez zmian.

Kończyny górne: Hipotonja lewej. Siła w lewej nieco słabsza. Wszystkie ruchy za wyjątkiem ruchów naprzemiennych i subtelniejszych ruchów palców w lewej — możliwe. Odruchy ścięgniste i okostnowe średnio żywe, równe. Poza tem bez zmian. Tułów: Odruchy brzuszne nie dadzą się wywołać.

Kończyny dolne: Odruchy kolanowe i achillesowe żywe, równe, hipotonja w lewej. Siła w lewej nieco mniejsza, odruchów chorobowych brak, poza tem bez zmian.

Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz: ślad białka. Osad skąpy, nieliczne komórki dróg moczowych i kilka ciałek białych. Odczyn Wassermanna z krwi ujemny. Krew: jałowa.

Chora skarży się na bóle w lewem kolanie, w którem zmian się nie stwierdza.

Rozpoznaliśmy dość ciężką postać zespołu lewostronnego pląsawicy w ciąży.

22. XI. Niepokój, drażliwość, oraz ruchy pląsawicze utrzymują się w natężeniu niezmienionem. Chora źle sypia. W twarzy — silne przeciąganie ust w lewo. W czasie snu ruchy pląsawicze znikają.

24. XI. *Zastrzyk surowicy męskiej 14 cm³ domięśniowo.* Po zastrzyku chora podaje, że czuje się lepiej. „Głowa się rozwidniła, jest wewnętrznie spokojniejsza". Poprawy w ruchach nie zauważono. Ból w kolanie lewem utrzymuje się.

27. XI. *Zastrzyk surowicy zdrowej ciężarnej 15 cm³* domięśniowo. W kilka godzin po zastrzyku stwierdza się wyraźną podmiotową i przedmiotową poprawę. Samopoczucie dobre, ruchy pląsawicze utrzymują się jeszcze, ale są znacznie słabsze. Ruchy mimowolne w mięśniach twarzy o charakterze grymasów przed wstrzyknięciem bardzo częste i wpadające w oko pojawiają się rzadko i są słabo zaznaczone. Ból w kolanie lewem występuje chwilami po dłużej trwającym wypoczynku kończyny wyprostowanej w stawie kolanowym.

W ciągu następnych ośmiu dni od 30. XI. do 8. XII. 1931 r. obserwuje się stopniową ale w dość szybkim tempie postępującą poprawę, przyczem ustają najpierw ruchy mimowolne twarzy, ruchy pląsawicze w palcach stają się rzadsze, wkońcu chora wykonuje sprawnie także ruchy naprzemienne dłoni i opozycję palca pierwszego do piątego. 8. XII. silne bóle porodowe i poród prawidłowy. Dziecko zdrowe.

Przed porodem i w czasie porodu ruchy pląsawicze nie doznały większego nasilenia. Bezpośrednio po porodzie ruchy mimowolne twarzy i w kończynach znacznie się wzmogły. W następnych dniach nasilenie ruchów stopniowo zmniejszało się.

Badania chorej w przychodni dwa tygodnie po opuszczeniu szpitala, wykazują słabe i rzadko pojawiające się ruchy mimowolne w palcach, jako szczątkowy obraz przebytej pląsawicy. W tydzień później ruchy mimowolne zupełnie ustały. Chora karmi dziecko i czuje się dobrze.

Z przytoczonych wywiadów i obrazu chorobowego zasługują na wyszczególnienie następujące szczegóły:

1) Zespół pląsawiczy poprzedził okres dwa tygodnie utrzymujących się dolegliwości w kończynie górnej, o charakterze reumatycznym.

2) Pojawienie się ruchów pląsawiczych w związku z urazem psychicznym.

3) Stopniowe narastanie objawów pląsawicy.

4) Ciąża obecna poprzedzona była zapaleniem gardła z następowem długotrwałem zapaleniem miedniczek nerkowych. W ciągu leczenia bóle w kolanie (tło reumatyczne).

5) Przypuszczalne zaburzenia hormonalne przed zajściem w ciążę (utrata wszystkich zębów szczęki górnej do 17 roku życia, objawy basedowoidalne).

6) Połowiczość objawów.

7) Pojawienie się zespołu pląsawiczego u wieloródki w wieku lat 31, pod koniec ciąży (odchylenie od reguły).

8) Skłonność do zachodzenia w ciąże mnogie.

9) Ustanie objawów trzy tygodnie po porodzie.

Z pośród wymienionych szczegółów zasługują na szczególne uwzględnienie jako przypuszczalne czynniki patogenetyczne:

a) czynnik konstytucjonalny, (mniejsza wartościowość psychosomatyczna),

b) dziedziczność,

c) czynnik reumatyczny,

d) zaburzenia hormonalne,

e) czynnik psychiczny jako wyzwalający chorobę.

Przypadek III: Chora K. M. l. 24, żona stolarza, pierwiastka, w czwartym miesiącu ciąży.

Przed czterema laty leczyła się z powodu pląsawicy na tutejszym oddziele i opuściła szpital wyleczona (od 22. I. 1927 do 13. III. 1927).

Przed dwoma tygodniami wystąpiły ruchy mimowolne w kończynach prawych, silniejsze w kończynie górnej, połączone ze zaburzeniem mowy, bezsennością, drażliwością, skłonnością do płaczu. Obecną chorobę poprzedziły bóle w stawach: garstkowym i palców ręki prawej, oraz obrzęk. Obrzęk i bolesność stawów trwały jeden dzień, poczem ustąpiły, a w dwa dni później pojawiły się ruchy mimowolne wyżej wymienione. Objawy pląsawicy za pierwszym razem poprzedzone były również bólem i obrzękiem stawów małych oraz wielkich, zarówno w kończynie górnej jak i dolnej i zapaleniem gardła. Zapalenie stawów trwało wtedy siedm dni. Objawy pląsawicy ograniczały się wtedy również do prawej połowy ciała.

Do chwili przybycia na oddział chora nie leżała w łóżku i zajmowała się gospodarstwem domowem.

O innych przebytych chorobach nie umie poza tem dokładniej nic podać.

Chora jest mańkutem: szyje i kroi materjał ręką lewą, chleb kraje tak samo, pisze i je ręką prawą. Także lewa kończyna dolna silniejsza od prawej.

Dziedziczność: u ciotki chorej pojawiało się w związku z każdorazową ciążą — sześć razy — drżenie w kończynie górnej i dolnej — połowicze, i ustępowało z ustaniem ciąży. W tym okresie ciotka chorej nie mogła w ręce opanowanej drżeniem niczego utrzymać.

Badanie przedmiotowe:

Narząd ruchowy: W prawej połowie ciała dostrzega się ruchy mimowolne o charakterze ruchów pląsawiczych. Ruchy te są niezbyt częste o słabem nasileniu i nieznacznem wychyleniu. Występują jako drgnienie krótkotrwałe i przemijające barku prawego albo jako ruchy palców prawej ręki w różnych kierunkach, najczęściej palca wskazującego i kciuka, rzadziej innych, chwilami jako ruchy dłoni. Rzadziej występują ruchy kończyny dolnej o charakterze odwodzenia i skręcania ku wewnątrz oraz drgnienie stopy i palców stopy.

W lewej połowie ciała nie dostrzega się żadnych ruchów mimowolnych.

W czasie rozmowy ruchy te nasilają się. W twarzy grymasów ani skurczów mimowolnych nie dostrzega się. Opozycja palca pierwszego do piątego możliwa, ale wolniejsza niż w lewej; wykonanie ruchów naprzemiennych w ręce prawej znacznie upośledzone. W chodzie zrywania w barku prawym są nieco żywsze, poza tem chód prawidłowy.

Odruchy prawidłowe zachowane, chorobowych brak.

Poza tem hipotonja w prawej kończynie górnej i dolnej.

Narządy wewnętrzne: W sercu niedomykalność zastawki dwudzielnej.

Tętno 72/minutę równe. R. R. 115/90 mm Hg. Inne narządy wewnętrzne bez zmian.

Mocz prawidłowy. Odczyn Wassermanna z krwi ujemny. Krew jałowa.

Rozpoznawaliśmy zespół hemichoreatyczny prawostronny lekkiego stopnia.

20. XI. 31. Chora podaje bolesność w stawie łokciowym prawym. Obrzęku nie stwierdzono.

22. XI. Bolesność ustąpiła. W nocy bezsenność. Ruchy pląsawicze nieco żywsze.

Z powodu pogorszenia się ogólnego stanu chorej w dalszym przebiegu choroby postanowiliśmy zastosować leczenie surowicą, której dotąd nie stosowaliśmy przez wzgląd na lekki z początku obraz chorobowy, w nadziei, że w warunkach szpitalnych zaburzenie nerwowe ustąpi samorzutnie.

7. XII. Chora otrzymała 16 cm³ surowicy zdrowej ciężarnej domięśniowo.

Korzystny wpływ działania wystąpił już w kilka minut po zastosowaniu surowicy. Chora podaje, że czuje się dobrze, „całkiem inaczej" niż przedtem, ma „jasną głowę". Ruchy pląsawicze przed zastrzykiem bardzo żywe tak, że chora nie mogła niczego w ręce utrzymać, po zastrzyku osłabły bardzo wybitnie i chora posługuje się swobodnie ręką prawą przy jedzeniu i innych czynnościach.

8. XII. Samopoczucie bardzo dobre. Bezsenność ustąpiła.

Poprawa utrzymuje się w następnych dniach i chora na własne żądanie opuszcza oddział z tem, że po kilku dniach ma się zgłosić do zbadania.

W czasie pobytu w domu nastąpiło pogorszenie się objawów i 17. XII. chora przyjęta ponownie na oddział otrzymuje drugie wstrzyknięcie surowicy zdrowej ciężarnej. Bezpośrednio po wstrzyknięciu (po kilku minutach) stwierdza się wybitną podmiotową i przedmiotową poprawę. Ruchy pląsawicze ustały zupełnie. Wybitnie korzystna zmiana samopoczucia.

W następnych dniach ruchy pląsawicze są tak rzadkie, że nie dostrzega się ich nawet po 10-ciu minutach. W tym stanie chora opuszcza oddział dnia 29. XII. 1931 r.

5. I. 1932. Chora zgłasza się ambulatoryjnie, w domu leży w łóżku. Chora podaje, że sypia dobrze, tylko po przebudzeniu dokuczają jej ruchy mimowolne w kończynach, żywsze w kończy-

nie dolnej, niż w górnej. W palcach ręki prawej i barku prawym dostrzega się rzadkie, pojedyńcze, ruchy mimowolne. Poza tem stan niezmieniony. Wstrzyknięcie surowicy zdrowej ciężarnej.

Z przytoczonych wywiadów i obrazu chorobowego zasługują na wyszczególnienie:

1) Chora jest pierwiastką,

2) Choroba obecna jest nawrotem przebytej pląsawicy zwykłej,

3) Połowiczość objawów,

4) Odchylenia konstytucjonalne (chora jest mańkutem),

5) Obciążenie dziedziczne (połowicze objawy nerwowe u ciotki chorej, pojawiające się wyłącznie podczas ciąży i ustępujące wraz z ciążą),

6) Skłonność do nasilania się objawów, tłumiona skutecznie każdorazowo wstrzyknięciem surowicy ciężarnej.

Jeżeli rzucimy jeszcze raz okiem na podłoże etiologiczne przedstawionych przypadków, to stwierdzamy wielką różnorodność tych czynników, z których każdy wymaga uwzględnienia. We wszystkich trzech przypadkach w przebiegu spostrzegania klinicznego, pojawiały się krótkotrwałe i przemijające bóle w stawach bez obrzęków, które łącznie z wywiadami, zdradzały obecność i działanie czynnika reumatycznego.

W przypadku drugim i trzecim stwierdziliśmy obciążenie dziedziczne w kierunku chorób nerwowych oraz cechy konstytucjonalne, świadczące dobitnie o mniejszej wartościowości układu nerwowego.

W przypadku drugim uraz psychiczny był czynnikiem wyzwalającym cały zespół pląsawicy.

We wszystkich przypadkach mimo ich różnorodnego podłoża etjologicznego, surowica zdrowych ciężarnych, wprowadzona z ominięciem przewodu pokarmowego działała wybitnie leczniczo. Fakty te potwierdzają słuszność ujmowania zagadnień patologicznych pod kątem widzenia konstelacji czynników, uzasadniają potrzebę określania pląsawicy w ciąży jako zespołu objawów i przemawiają przeciw jednostronnemu wyjaśnianiu pląsawicy ciężarnych jako choroby wynikającej wyłącznie ze samozatrucia ciążowego. Pomijając zespół pląsawiczy, nie stwierdzaliśmy żadnych objawów ogólnych, któreby mogły świadczyć o samozatruciu. Nie chcemy tem przesądzać znaczenia pewnych zaburzeń hormonalnych i przemiany materji w omawianem schorzeniu, przeciwnie, przypuszczamy, że takie zmiany istnieją, ale nie w tym stopniu, aby można inne czynniki chorobotwórcze pominąć.

Na końcu, zanim przejdę do omówienia przypuszczalnego mechanizmu działania leczniczego surowicy ciężarnej, pragnę podać kilka spostrzeżeń klinicznych związanych z tem leczeniem.

Po każdym zastrzyku surowicy, chore podawały wybitną poprawę samopoczucia. Przedmiotową zmianę dostrzegaliśmy szybko czasem już po kilkunastu minutach albo też w ciągu godziny. Chore były spokojniejsze, ruchy mimowolne były rzadsze, mniej nagłe, wychylenia mniejsze. Zdarzało się, że chora, która nie potrafiła łyżki w ręku utrzymać, po zastrzyku posługiwała się nią swobodnie w czasie obiadu. Cofała się bezsenność. Ciepłota ciała podnosiła się zaledwie o 2—3 kreski, przekraczając nieco prawidłową granicę albo też utrzymując się poniżej 37. Nie dostrzegano żadnych objawów ubocznych w szczególności objawów uczulenia. Odnosi się to do wszystkich chorych.

Leczenie surowicą ciężarnych zastosował pierwszy Linser za poradą A. Mayera w przypadku *herpes gestationis*. Choroba ta przypomina pęcherzycę *(pemphigus)*, występuje w ciąży i daje 50% śmiertelności. W przypadkach o korzystnym przebiegu, cofają się bezpośrednio po porodzie albo też wkrótce po porodzie zmiany skórne wraz ze zmianami ogólnemi. W przypadku Mayera i Linsera, choroba ta pod wpływem surowicy ciężarnych stosowanej dożylnie, ustąpiła po kilku dniach.

Po raz pierwszy Albrecht stosował to leczenie w pląsawicy ciężarnych, opierając się na doniesieniu Mayera, u chorej z drugim nawrotem pląsawicy w ciąży, wychodząc ze założenia, że pląsawica jest zatruciem ciążowem. Leczenie bromem, chininą, antypiryną okazało się bezskuteczne. Po zastosowaniu 20 cm^3 surowicy ciężarnych, objawy ustąpiły zupełnie w ciągu 24 godzin. Poza tem doniesieniem, napotyka się w piśmiennictwie tylko nieliczne wzmianki o tym sposobie leczenia pląsawicy ciężarnych.

Z tutejszej kliniki dermatologicznej ogłosił prof. Walter dwa przypadki liszaja opryszczkowego *(impetigo herpetiformis)*, choroby, która u kobiet występuje z reguły w ciąży, i ma złą prognozę; w przypadkach tych uzyskał prof. Walter również wyleczenie po zastosowaniu surowicy ciężarnych.

Jak więc widzimy, w szeregu przypadków szczególnie ciężkich schorzeń, występujących w ciąży, surowica ciężarnych okazała się leczeniem skutecznem.

Nasuwa się teraz pytanie, jaki jest mechanizm tego leczenia i czy leczenie to należy uważać za swoiste, czy też nieswoiste.

Otóż sprawa mechanizmu działania leczniczego łączy się z patogenezą tego schorzenia.

Nie wydaje nam się rzeczą słuszną uważać pląsawicę w ciąży za zatrucie ciążowe, rozumiejąc pod tem pojęciem organiczne względnie czynnościowe zaburzenia ustroju kobiecego, których przyczyna tkwi wyłącznie w ciąży jako takiej. Przypuszczamy natomiast, że na skutek całego zespołu warunków przyczynowych, czynników zakaźnych, urazów psychicznych, u osób z pewną niedomogą konstytucjonalną układu nerwowego, powstaje zaburzenie równowagi czynności gruczołów dokrewnych, co pociągnąć za sobą musi szereg zaburzeń procesów biologicznych. W tem rozumieniu przesuwa się punkt ciężkości zagadnienia patogenetycznego z ciąży — na czynniki poza ciążą istniejące.

Zgodnie z prof. Walterem przyjmuję korzystne działanie surowicy między innemi w możliwości przywrócenia i podtrzymania prawidłowej równowagi w czynnościach gruczołów dokrewnych.

W związku z tem staje się na czasie pytanie swoistości czy nieswoistości działania surowicy ciężarnych pozajelitowo wprowadzonej.

Działania nieswoistego surowicy nie da się zaprzeczyć, i w myśl panujących poglądów, może ona działać przestrajająco na wszystkie komórki organizmu, nie wyłączając gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Niemniej trudno byłoby pominąć w rozważaniach nad czynnikiem leczniczym surowicy ciężarnych, zawartych w niej, w szczególnym składzie i jakości, substancyj hormonalnych i innych, swoistych dla ciąży, a tem samem trudno byłoby nie przypisać substancjom tym udziału w ogólnym wyniku leczniczym.

Nie przesądza to jeszcze możliwości, że w pewnych przypadkach leczeniem koloidalnem pozajelitowem, nieswoistem uda się na zasadzie ogólnego przestrojenia uzyskać dobre wyniki.

Za swoistością działania surowicy ciężarnych przemawia też fakt, że surowicą męską u chorej drugiej (C.), uzyskaliśmy poprawę samopoczucia, ale nie stwierdziliśmy przedmiotowej poprawy. Spostrzeżenie to zrobiliśmy bez wiedzy o tem, że prof. Walter takie same uczynił spostrzeżenie w swoich przypadkach. Wydaje mi się też, że często tak szybka, niemal w oczach zachodząca poprawa stanu choroby, po zastrzyku surowicy ciężarnych, przemawia za działaniem czynnika swoistego w tem leczeniu.

Zagadnienie to da się prawdopodobnie rozstrzygnąć tylko w drodze doświadczeń, przyczem wpływ hormonów na ośrodkowy układ nerwowy i odwrotnie, powinienby być, tak nam się wydaje, postawiony na pierwszem miejscu.

Na podstawie powyższych rozważań i spostrzeżeń klinicznych, tłumaczymy sobie lecznicze działanie surowicy ciężarnych współdziałaniem czynnika nieswoistego w znaczeniu proteinoterapji, — z doprowadzeniem składników dopełniających.

Zestawienie.

1) Przedstawiono trzy przypadki zespołu hemichoreatycznego w ciąży. W dwóch przypadkach zespół ten pojawił się w ciąży po raz pierwszy, w jednym był nawrotem przebytej w dzieciństwie pląsawicy zwykłej.

2) Dwie chore były pierwiastkami i u tych choroba wystąpiła, zgodnie z regułą, w pierwszej połowie ciąży; jedna chora była wieloródką, a u tej wystąpiło schorzenie w ostatnim miesiącu ciąży.

3) Ruchy pląsawicze w dwóch przypadkach — u chorych, które rodziły — ustąpiły w tydzień, względnie w cztery tygodnie po porodzie. Chora trzecia znajduje się jeszcze w ciąży.

4) Wobec rzadkości tego powikłania ciążowego, badania kliniczne ograniczyć się muszą do stosunkowo skąpego materjału. Na terenie tut. Kliniki i Oddziałów położniczych widziano np. w ostatnich 7-u latach zaledwie cztery przypadki zespołu pląsawiczego w ciąży na ogólną ilość około 15.000 ciężarnych. To też trzy przypadki wyżej opisane stanowią ilość względnie znaczną.

5) W analizie podłoża etjologicznego starano się wykazać współdziałanie szeregu czynników, zgodnie z patologją konstelacyjną Tendeloo. Z pośród tych czynników szczególne znaczenie zdają się mieć: dyspozycja nerwowa, czynnik reumatyczny i zaburzenie hormonalne (ciążowe).

6) We wszystkich przypadkach stwierdzono wybitnie leczniczy wpływ działania surowicy zdrowych ciężarnych. Leczeniem tem udaje się osłabić nasilenie choroby i utrzymać w karbach jej przebieg.

7) Mechanizmu działania leczniczego domyślać się należy w przestrojeniu ogólnem, spowodowanem przez wprowadzenie pozajelitowe surowicy oraz w leczeniu dopełniającem przez do-

prowadzenie hormonów ew. i innych substancyj, jak zaczynów, surowicy zdrowej ciężarnej. Oba te czynniki atakują przypuszczalnie, w pierwszym rzędzie, zaburzenie hormonalne ciąży, jako jeden z etiologicznie ważnych czynników składowych wyzwalających chorobę.

8) Leczenie wymienione uważamy za ważny postęp na drodze do zwalczania ciężkiego powikłania, które przedstawia zespół pląsawiczy ciąży, zważywszy, że przerwanie ciąży daje we wielkim odsetku przypadków wyniki śmiertelne.

Piśmiennictwo.

1) Albrecht Hans: Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. — 2) Aschheim-Zondek: Die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn. Karger 1930. — 3) Behrendt, Berberich, Eufinger: Klin. Woch. 1931. Nr. 46. S. 2113. — 4) K. Bocheński: Polska Gaz. Lek. Nr. 31. Rok 1931. — 5) Creutzfeldt H.: Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 85. J. 1923. — 6) H. Curschman: Chorea minor w Handbuch Bergman - Staehelin. — 7) Ehrhardt: Neuere Forschungen über die Beziehungen zwischen Hypophyse u. dem weibl. Genitale w Handbuch Halban-Seitz Bd. VIII. T. 3. — 8) Eufinger, Wiesbader, Smilovitz: Klin. Woch. 1931. Nr. 8. S. 349. — 9) G. Ewald: Psychische Störungen d. Weibes. Halban — Seitz, Bd. VI. T. 3. S. 135. — 10) Kehrer F.: Erblichkeit u. Nervenleiden I. Ursachen u. Erblichkeitskreis von Chorea, Dystonie, Athetose, Monog. aus dem ges. Gebiete d. Neurol. u. Psych. Springer H. 50. — 11) Kroll: Die neuropathologischen Syndrome. Springer. 929. — 12) Luithlen. Vorlesungen über Pharmakologie d. Haut. 1921. — 13) A. Mayer u. P. Linser: Münch. med. Woch. 1910.— 14) Novak Josef: Chorea minor in der Schwangerschaft. Halban-Seitz Bd. V. T. IV. S. 1420. — 15) Oppenheim: Lehrbuch d. Nervenkrankheiten. — 16) Ossipowa: Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. CXXV. Jg. 1930. — 17) Pineles: Chorea gravid. w Erkrankungen d. weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin II. — 18) Schittenhelm u. B. Eisler: Klin Woch. 1932. Nr. I. — 19) Schmidt R.: Proteinokörpertherapie w Ergebnisse d. ges. Medizin (Brugsch). — 20) L. Seitz: Schwangerschaftsveränderungen u. Schwangerschaftstoxikosen. Handbuch Beth. — Bergman Bd. XIV. 1. — 21) N. Tendeloo: Allgemeine Pathologie. — 22) Walter F.: Arch. f. Derm. u. Syph. 1922. — 23) Walter F.: Polska Gaz. Lek. nr. 39. 1926.

Dr. Jan JANKOWSKI. Lwów.

Wyzwalanie się histaminy w skórze człowieka.

Z oddziału wewnętrznego Okręg. Związku Kas chorych.
Prymarjusz: Dr. Z. Czeżowska.
i z Instytutu Farmakologji dośw. Uniwersytetu J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. W. Koskowski.

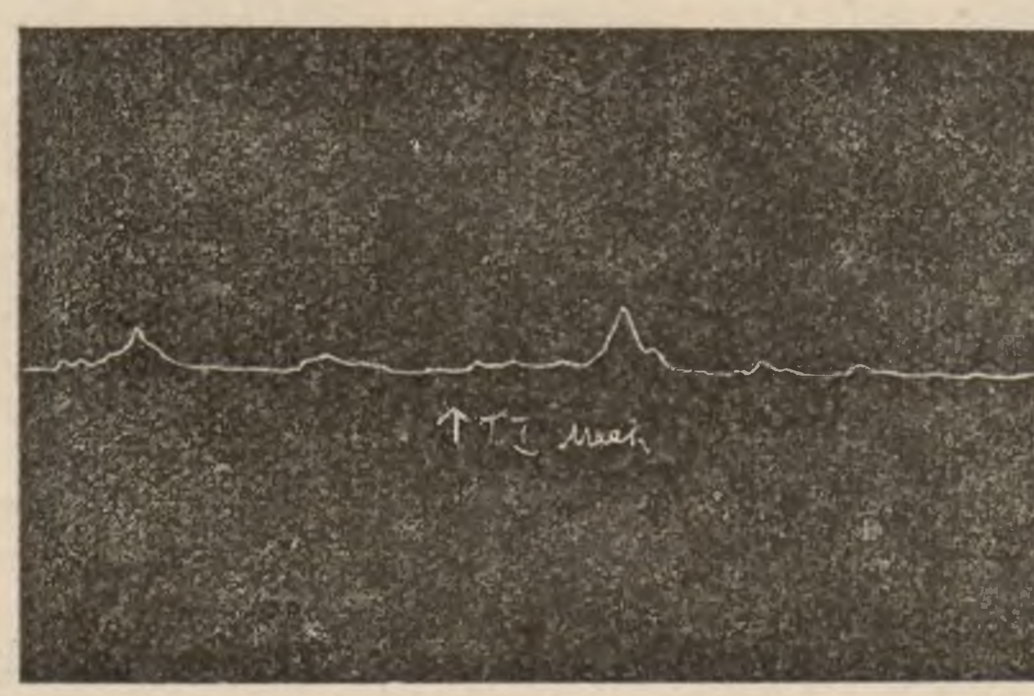
Thomas Lewis dowodzi w swej obszernej monografji, na podstawie swych bardzo wnikliwych obserwacyj i badań, że w oddziaływaniu naczyń skórnych na bodźce główną rolę odgrywa nie odruch nerwowy, lecz powstawanie pewnej substancji, która uwalnia się z komórek naskórka wprost przez działanie danego bodźca. Ta hipotetyczna substancja podobna jest w swem działaniu do histaminy.

W pracy niniejszej chodziło mi o zbadanie, czy substancję tę, po podrażnieniu skóry można wykryć we krwi wypływającej z danego odcinka skóry. Z badań Koskowskiego wiemy, że we krwi histamina zawarta jest głównie w ciałkach czerwonych, jakkolwiek znajduje się ona także w surowicy, i że głównem źródłem, skąd ona się do krwi przedostaje, są procesy trawienia i gnicia pokarmów białkowych, przedewszystkiem w jelicie grubem. Po głodzeniu i dokładnem przeczyszczeniu zawartość jej we krwi spada prawie do zera. Na oddziale naszym nie mogliśmy głodzić chorych za długo. Aby uzyskać warunki dla eksperymentu najdogodniejsze, postępowałem w ten sposób, że dnia poprzedzającego doświadczenie podawałem środek czyszczący, a w dniu doświadczenia rano chory dostawał lewatywę. Na czczo pobierałem krew z żyły, następnie zadrażniałem mechanicznie przez pocieranie szpatułką drewnianą skóry przedramienia po stronie dłoniowej. W chwili największego zaczerwienienia skóry pobieraliśmy po raz drugi krew z żyły łokciowej. Krew odwłókniaIiśmy mechanicznie. Całe postępowanie wykonywaliśmy ściśle jałowo.

Do wykrycia histaminy lub ciał podobnie działających i pewnego porównywania zawartości ich w próbce przed i po zadrażnieniu skóry używaliśmy dwóch sposobów: 1) badaliśmy wpływ na skórę niedrażnioną wstrzyknięcia wśródskórnego jednej krepli surowicy z próbek krwi, pobranych przed i po zadrażnieniu skóry. W razie obecności tych substancyj występuje natychmiast bąbel *(urtica)* i zaczerwienie. 2) Badaliśmy wpływ próbki krwi na wyosobniony mięsień macicy dziewiczej świnki morskiej. Aparatury używaliśmy ogólnie przyjętej do badań na narządach wyosobnionych. Do naczyńka, w którem był zawieszony mięsień w płynie odżywczym, dodawaliśmy 0,5 cm³ surowicy lub 0,5 cm³ hemolizatu krwinek czerwonych. W razie obecności histaminy występuje skurcz toniczny mięśnia, który aparat piszący zapisuje na obracającym się walcu.

W dwóch przypadkach udało nam się chorego przygotować tak dokładnie, że w próbce krwi pierwszej, pobranej przed zadrażnieniem skóry, nie było histaminy, jak wykazaliśmy w doświadczeniu na wyosobnionym mięśniu macicy. Surowica z tych próbek wstrzyknięta wśródskórnie dawała tylko nieznaczny odczyn. Natomiast po wstrzyknięciu w skórę surowicy z próbki drugiej wystąpił natychmiast bąbel o średnicy ± 1 cm i zaczerwienienie. W innych przypadkach nie udawało nam się uzyskać w pierwszej próbce krwi wolnej zupełnie od histaminy tak, że ona też dawała odczyn, a odczyn miejscowy skóry nie nadaje się do ilościowego porównywania rozcieńczenia histaminy [1]).

Równocześnie z temi badaniami przeprowadzaliśmy badania nad wpływem próbek krwi na skurcz wyosobnionego mięśnia macicy dziewiczej świnki morskiej. W każdym przypadku, w którym skóra oddziaływała na bodźce, hemolizat (a także surowica, jakkolwiek w znacznie mniejszym stopniu) próbki drugiej wywołuje skurcz, który przebiega tak, jak skurcz po dodaniu histaminy. W dwóch przypadkach wyżej wspomnianych próbka pierwsza nie zawierająca histaminy, nie wywoływała żadnego skurczu, natomiast próbka druga wywoływała skurcz toniczny, trwający 9 — 11 minut, (patrz załączone krzywe Nr. 1. i Nr. 2.). W tych



Krzywa Nr. 1.

przypadkach nawet, w których pierwsza próbka wykazywała obecność histaminy lub ciał podobnie działających, skurcz pod wpływem próbki drugiej był znacznie intensywniejszy i 3—4 razy dłużej trwający.

W jednym przypadku osobnika starego, którego skóra oddziaływała bardzo słabo, druga krzywa różniła się nieznacznie od pierwszej.



Krzywa Nr. 2.

Podobnie jak bodźce mechaniczne działają też bodźce termiczne. Po ciepłej kąpieli przedramienia mogliśmy wykazać znaczne zwiększenie się ilości histaminy we krwi z żyły tej samej ręki.

Jeżeli się zważy, że przez cały czas trwania odczynu skóry, (a prawdopodobnie nawet nieco dłużej) histamina i ciała podobnie

[1]) Podobne badania z inj. wśródskórnemi przeprowadzali Schauding, Hoff i Mester. Autorowie ci nie przygotowywali odpowiednio osobników badanych i nie uzyskiwali próbki krwi wolnej od histaminy, opierali się na różnicy w wielkości bąbla, co nie jest dokładne.

działające przechodzą do krwi, to widzimy, że jednak w ciągu jednej reakcji skóry spora ich ilość przechodzi do całego ustroju. Histamina ma tak rozległe działanie na ustrój, na narząd krążenia, na przenikliwość naczyń, na wydzielanie gruczołów, na gruczoły wkrewne i t. d., że jest ona niewątpliwie ważnym czynnikiem w mechaniźmie wielu odczynów biologicznych. Fakt, że po prostym bodźcu na skórę można wykazać we krwi ciała o tak rozległem działaniu ogólnem, wydaje mi się bardzo ważnym, gdyż tłumaczy to odczyny ogólne po bodźcach działających na większą przestrzeń skóry, nakoniec rzuca ciekawe światło na mechanizm działania zabiegów wodoleczniczych i balneologicznych (zwłaszcza, że np. w ostatnich czasach rozpoczęto leczenie schorzeń reumatycznych wstrzykiwaniami i jontoforezą histaminy).

Histamina w ustroju powstaje wskutek rozpadu białka, trudno jednak sobie wyobrazić, aby w reakcji skóry tak szybko mogło przyjść do rozpadu białka tkankowego aż do ciał tak stosunkowo prostych jak histamina, — wiemy jednak, że każda tkanka zawiera zawsze pewne ilości nagromadzonej histaminy, — według tablicy podanej przez F e l d b e r g a i S c h i l f a najwięcej zawierają jej płuca 44—75 mg na kg tkanki. W skórze zawiera ją głównie naskórek *(epidermis)* 24 mg na 1 kg. Zawarta ona jest w komórkach i w tej postaci nie może działać. Według L e w i s a, bodziec mechaniczny podrażnia, czy uszkadza, komórkę w ten sposób, że przychodzi do wyzwolenia tej histaminy.

Badania powyższe wykazują, że:

1) po zadrażnieniu skóry mechanicznem czy termicznem we krwi wypływającej z danego odcinka skóry można wykazać zjawianie się, względnie znaczne zwiększanie się ilości histaminy i ciał podobnie działających,

2) fakt ten tłumaczy nam mechanizm odczynu ogólnego, występującego po intensywniejszem i rozleglejszem zadrażnieniu skóry;

3) rzuca pewne światło na mechanizm działania zabiegów balneologicznych.

Piśmiennictwo:

1) F e l d b e r g und S c h i l f: Histamin. Berlin. 1930. — 2) Thomas L e w i s: Blutgefässe der Menschlichen Haut. Berlin 1928.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Opieki Społecznej.
Nr. Z. U. 98/3/I

Warszawa, 6 października 1932 r.

Dobór personelu pielęgniarskiego.

Do Panów Wojewodów wszystkich (prócz Śląskiego) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W dążeniu do podniesienia poziomu pracy w instytucjach leczniczych i zapobiegawczych często za mało uwagi zwraca się na czynnik bardzo ważny w sprawności pracy, na personel pielęgniarski, zapominając, że najlepiej wydane zarządzenia zostaną wykonane połowicznie lub nawet źle, o ile nie znajdą pełnego zrozumienia ich wagi u wykonawców.

Instytucje tłumaczą się nieraz trudnościami w zdobyciu pielęgniarek z ukończoną pełnowartościową szkołą. Tymczasem szkół tych jest w Polsce już 5 i rocznie kończy je około 100 pielęgniarek, a ostatnie sprawozdania wykazały, że nie wszystkie te pielęgniarki są zatrudnione. Zwłaszcza nie ma zatrudnienia dość duża liczba pielęgniarek ze szkoły pielęgniarstwa przy Szpitalu starozakonnych w Warszawie, chociaż brak fachowego personelu pielęgniarskiego daje się szczególnie odczuwać w szpitalach żydowskich. Nie ma więc żadnego uzasadnienia angażowanie na wakujące miejsca sił nieodpowiednio przygotowanych, bez uprzedniego podjęcia starań o zdobycie lepszych.

Dlatego proszę Pana Wojewodę o wpłynięcie na dyrektorów szpitali i lekarzy naczelnych instytucyj zapobiegawczych, aby zwracali większą uwagę na kwalifikacje angażowanego personelu pielęgniarskiego i dawali pierwszeństwo osobom o pełnych kwalifikacjach.

Zwracać się o pielęgniarki można bądź bezpośrednio do szkół pielęgniarstwa:

Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, Warszawa, ul. Koszykowa 78.

Szkoła Pielęgniarstwa P. C. K. Warszawa, ul. Smolna 6.

Szkoła Pielęgniarstwa przy Szpitalu Starozakonnych, Warszawa, ul. Dworska.

Uniw. Szkoły Pielęgniarek i Higjen, Kraków, ul. Kopernika 23.

Szkoła Pielęgniarstwa P. C. K. Poznań, ul. Grottgera 5.

lub do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, przytem należy żądać od instytucyj, aby podawały: od kiedy będzie potrzebna pielęgniarka, jakie będą warunki i jakie wynagrodzenie. Jest nadto pożądane, aby nadsyłano do Departamentu Służby Zdrowia Min. Opieki Społecznej zawiadomienia o ogłoszeniu konkursu na stanowiska pielęgniarek i higjenistek.

(—) *Adamski.* Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 41, z 9 października 1932: Kazimierz S t r z y ż o w s k i — 30-lecie pracy naukowej. — A. J u r k o w s k i i W. S i n i e c k i: Badanie przetworów galenowych na drodze mikrosublimacji (c. d.). — Sprawy zawodowe.

Medycyna, Nr. 19, z 7 października 1932: R. B e r n h a r d t: Schorzenia skóry a układ dokrewny. — W. S t e r l i n g: Guzy mózgowia a zmiany psychiczne. — Z. J a f f e: 4 przypadki porażenia piorunem. — P o h o r e c k a - L e l e s z o w a: W sprawie badania czynnościowego nerek i patogenezy mocznicy.

Lekarz Polski, rok VIII, nr. 10, z 1 października 1932: H. K r y s z e k: Wspomnienie pośmiertne o Drze Sewerynie Sterlingu. — A. W i e r c i ń s k i: Epidemjologja duru plamistego. — W. J e ż e w s k i: Centralny Zarząd Służby Zdrowia. — M. S k o k o w s k a: Ustawodawstwo przeciwgruźlicze w Polsce. — J. H o z e r: Projekt wprowadzenia opłat za porady i leki.

Przegląd Dermatologiczny, tom XXVII, nr. 3, z września 1932: R. L e s z c z y ń s k i: Badanie skóry bąblami barwnemi. — A. R a c i n o w s k i: Kilka słów o nieprawidłowem rogowaceniu. — B. R a s z k e s: W sprawie liszaja lśniącego. — M. M i e n i c k i: O zachowaniu się katalazy we krwi u chorych z gruźlicą skóry leczonych dietą bezsolną. — H. R e i s s: Badania nad histogenezą gruczołów łojowych i tłuszczu rogowego u płodów ludzkich. — St. H i r s z b e r g: Przyczynek do patogenezy i etjologji choroby Schamberga. — Wł. C h y l e w s k i: Badania kliniczne i doświadczalne nad liporozpuszczalnemi preparatami bizmutu. — W. Ł a g u n o w s k i: Przypadek acanthosis nigricans. — L. F ü l l e n b a u m: W sprawie patogenezy, kliniki i leczenia rumienia obrączkowego odśrodkowego Dariera.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 42, z 16. X. 1932: M. G a t t y - K o s t y a l: Oznaczenie zawartości alkaloidów i glikozydów w surowcach i preparatach farmaceutycznych według „Materjałów do farmakopei polskiej". — Sprawy zawodowe.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 41, z 13 października 1932: W. S t e r l i n g: Hiperwentylacja jako metoda badania klinicznego. (dok.). A. K r a k o w s k i: Pozajelitowe wprowadzanie do ustroju białka w rozsianem schorzeniu układu nerwowego. — A. K a m s l e r: Jak zmniejszyć liczbę jam niemych. — S. D o b r y s z y c k i: O diagnostyce niedomogi zewnętrznego wydzielania trzustki.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Mikrobiologja i serologja.

Czynniki biologiczne i psychiczne w zjawisku odporności organizmu. S. METALNIKOW. Pres. Méd. 38, 1932.

Autor rozważa odporność ze stanowiska ogólniejszego jako zjawisko obronne organizmu, podaje przykłady przyzwyczajenia się do różnych szkodliwości u zwierząt bezkręgowych. Obrona u zwierząt (kręgowych i bezkręgowych) wyraża się zasadniczo następującemi sposobami: 1) fagocytozą, 2) tworzeniem komórek olbrzymich, 3) tworzeniem torebek włóknistych, 4) tworzeniem ropni i wydaleniem bakteryj i 5) tworzeniem przeciwciał. W tych wszystkich procesach ważną rolę odgrywa układ nerwowy, na dowód czego autor przytacza cały szereg przykładów (u zwierząt wyższych i owadów). Odporność może być uważana jakby za odruch warunkowy wg. Pawłowa, ponieważ u królików poprzednio przygotowanych można wywołać reakcje komórek (leukocytoza miejscowa, ropnie) przez stosowanie takich samych zabiegów jak poprzednio, ale przy których nie wprowadza się ciał bakteryjnych. Podobnie też i inne zjawiska jak zmiany ciepłoty, wykwity skórne etc. można wywołać u zwierząt i u ludzi przez sto-

sowanie bodźców zewnętrznych, które kiedyś towarzyszyły właściwym czynnikom wywołującym powyższe zmiany. Wszystko to przemawia za tem, że w zjawiskach odporności układ nerwowy i czynniki psychiczne odgrywają pierwszorzędną rolę, chociaż mechanizm ich działania nie jest dotąd dokładnie poznany.

Skowroński (Lwów).

Szczepienia przeciwbłonicze anatoksyną. G. RAMON i R. DEBRÉ. Pres. Méd. 29, 1932.

Autorowie omawiają dotychczasowe wyniki szczepień zapobiegawczych przy pomocy anatoksyny. Anatoksyna jest zupełnie nieszkodliwą pochodną toksyny błoniczej, a czasem zdarzające się poszczepienne odczyny miejscowe lub rzadziej ogólne nie powodują żadnych poważniejszych zaburzeń. Szczepienia takie mogą być wykonywane bez obawy u osób dorosłych oraz dotkniętych gruźlicą. Dokładnie przeprowadzone szczepienia (trzykrotnie podskórnie po $^1/_2$, 1 i $1^1/_2$ cm^3 co 3 tygodnie) przy użyciu anatoksyny o mianie liczącem najmniej 10 jednostek anatoksycznych daje zupełnie dobre wyniki, co autorowie wykazują przedstawiając obszernie dane statystyczne z różnych krajów i omawiając wyniki szczepień przeprowadzonych w poszczególnych miastach, ośrodkach, przytułkach i t. p. Następnie podają różne modyfikacje klasycznej metody, próby oczyszczania anatoksyny oraz metody szczepienia innemi drogami (jak naskórna Loewensteina), przyczem podnoszą, że metody te są znacznie gorsze od właściwej podskórnej, ponieważ na podstawie licznych obserwacyj nie dają one uodpornienia w tym stopniu co metoda podskórna.

Skowroński (Lwów).

Szczepienia przeciwbłonicze anatoksyną. G. RAMON i R. DEBRÉ. Pres. Méd. 32, 1932.

W poprzednim artykule (La Presse Méd. Nr. 29) omówili autorowie wyniki szczepień otrzymane przy stosowaniu metody klasycznej (3 krotne podskórne zastrzyki po 0,5, 1 i $1^1/_2$ cm^3 co 3 tygodnie). Takie szczepienia uodparniają 95% osób szczepionych (dających ujemny odczyn Schicka) a ich surowica w 80% ma więcej jak 1/10 jedn. antytoksycznej, w 15% tylko między 1/10 — 1/30 jednostki. By uzyskać nie 95% ale 100% uodpornienia, podają oni inne sposoby szczepień przeciwbłoniczych. Wspominają o tem, że można wzmóc odporność przez czwarty zastrzyk u osób (wykazujących dodatni odczyn Schicka) w pewien czas (2 miesiące) po dokładnie przeprowadzonem szczepieniu. Dobre wyniki daje też jednorazowy zastrzyk anatoksyny u osób, które były szczepione przed rokiem lub dawniej. Najlepsze jednak wyniki uzyskuje się przy stosowaniu nowej metody, która polega na tem, że wstrzykuje się podskórnie co 3 tyg. po 1, $1^1/_2$ i $1^1/_2$ cm^3 anatoksyny, ale o mianie najmniej 15 jedn. anatoksycznych (w poprzedniej metodzie miano wynosiło najmniej 10 jedn.). Ta nowa metoda daje uodpornienie w 100% osób szczepionych, ich surowica w 96% zawiera powyżej 1/10 jedn. antytoksycznej, z czego połowa nawet wyżej 1 jedn. Znaczne uproszczenie przy przeprowadzeniu szczepień stanowi również to, że można przeprowadzać szczepienia kombinowane, specjalnie polecenia godne są kombinowane szczepienia przeciwdurowe i przeciwbłonicze.

Szczepienia przeciwbłonicze autorowie polecają u wszystkich dzieci od 1—12 lat, u starszych dzieci zależnie od wyniku odczynu Schicka. U osób dorosłych są one wskazane u personelu szpitalnego, wojskowych i t. p. wykazujących dodatni odczyn Schicka. Szczepienia można przeprowadzać w czasie istnienia epidemji, ponieważ w okresie szczepienia niema wcale fazy ujemnej t. j. zwiększonej wrażliwości u osób szczepionych, jak to czasem niektórzy lekarze podawali.

Skowroński (Lwów).

Problem błonicy. K. KUNDRATITZ. Med. Klin. 48. 1931.

Autor dyskutuje z artykułem Friedbergera. Stosując surowicę antytoksyczną przeciwbłoniczą stwierdzał zmniejszanie się objawów tak miejscowych w gardle czy w krtani, jak i ogólnych, toksycznych. Nie obserwował nigdy przejścia w postać toksyczną w przypadkach, w których w czasie i w ilości odpowiedniej zastosowano surowicę swoistą. Normalna surowica nie posiada działania profilaktycznego w przeciwieństwie do swoistej. Działanie surowicy normalnej uważa autor jako czystą proteinoterapję, co według niego odgrywa w błonicy drugorzędną rolę.

Godłowski (Kraków).

Miejscowe leczenie szczepionkami w zapaleniach jelit. A. BESREDKA. Pres. Méd. 24, 1932.

Autor omawia dotychczasowy stan nauki o miejscowem uodpornianiu, przytacza doświadczenia i wyniki miejscowego uodparniania skóry przy wągliku, przypomina dobre wyniki lecznicze miejscowego stosowania przesączów bakteryjnych (antywirusów) w zakażeniu paciorkowcami i gronkowcami, podnosi wartość leczniczą miejscowego uodporniania błony śluzowej w leczeniu czerwonki oraz podkreśla znaczenie doustnego szczepienia przy tyfusie. Wkońcu zajmuje się obszerniej leczeniem różnych zaburzeń jelitowo-kiszkowych. Na podstawie obserwacyj klinicznych wielu lekarzy, przychodzi do wniosku, że miejscowe leczenie przez doustne podawanie pojedyńczych lub wieloważnych szczepionek, sporządzonych z bakteryj wyhodowanych z kału (albo też przez płukanie i przemywanie kiszek antywirusami — przy wrzodziejącem zapaleniu) daje bardzo dobre wyniki.

Skowroński (Lwów).

Próba Murata w serodiagnostyce kiły. ZIEPAŁOWA O. N. Sow. Wracz. Gaz. 3, 1932.

Próba ta polega na tworzeniu się w dodatnich surowicach białego pierścienia na granicy surowicy i nawarstwionego na nią rozcieńczonego antygenu. Autorka przebadała 1.244 surowic, częściowo kiłowych, w różnych okresach choroby, częściowo osobników zdrowych i stwierdziła, że metoda ta daje wyniki niezgodne tylko w 4,18%. Ze względu na możliwość wykonania próby tej nawet w najprymitywniejszych warunkach laboratoryjnych, zasługuje ona na uwagę narówni z innemi próbami precypitacyjnemi.

W. Lewiński (Lwów).

„Łaboratornaja praktika" miesięcznik, Moskwa, pod redakcją prof. J. Bronsteina. I, II, III. 1932.

Mamy przed sobą zeszyty styczniowy, lutowy i marcowy obecnego — ósmego rocznika. Zakresem pismo odpowiada mniej więcej niemieckiej „Laboratoriumpraxis" lub angielskiemu: „Journal of Laboratory and Clinical Medicine".

Już przy pierwszem wejrzeniu uderza „kryzysowy" wygląd czasopisma: bardzo lichy papier, jak u nas przed dziesięciu laty, druk miejscami (może z winy papieru) niezbyt wyraźny. Także w treści odzwierciedlają się ciężkie widocznie warunki laboratorjów sowieckich, w szeregu propozycyj używania namiastek. Mimowoli przypominają się *„Ersatze"* niemieckie z czasów wojny. I tak radzą używać zamiast bibuły do sączenia zwykłego papieru pakunkowego, zamiast kulek porcelanowych — stalowych od osi rowerowych i t. p. Większy artykuł zajmuje się użytkowaniem padłych względnie zabitych zwierząt laboratoryjnych. Egzotyczne wrażenie sprawiają liczne skróty urzędowych artykułów.

Korzystne wrażenie wywiera pismo przez systematyczny i planowy rozkład poszczególnych działów i metod. Dział pytań i odpowiedzi świadczy o żywym kontakcie pisma z czytelnikami.

J. Heller (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Kombinowane znieczulenie awertyną i podtlenkiem azotu. DESMAREST. Pres. Méd. 14, 1932.

Autor poleca tę metodę znieczulania i podaje, że w przeszło 200 przyp. otrzymał doskonałe rezultaty. Kombinacja taka jest szczególnie korzystna dlatego, że podtlenek azotu (gaz rozweselający) przeciwdziała ubocznym wpływom awertyny t. j. utrzymuje ciśnienie krwi na wysokim poziomie oraz przyśpiesza i pogłębia oddechanie. Awertyna nie może być uważana do pełnej narkozy ze względu na swą toksyczność, ale jako *narcoticum basale* może być stosowana bez obawy, jeśli dawka została należycie dobrana. Przy obliczaniu dawki awertyny autor uwzględnia wagę, wysokość, stan otłuszczenia, wielkość ciśnienia krwi oraz wrażliwość, którą określa badaniem odruchu oczno-sercowego (jeśli ucisk gałek ocznych powoduje znaczne przyśpieszenie tętna, zwiększa nieco dawkę awertyny). Średnia dawka dla mężczyzn 0,09 g/kg, u kobiet 0,08 g/kg, u wychudzonych, otłuszczonych, wrażliwych lub opornych średnie dawki są zwiększane lub zmniejszane o 0,5 — 1 cg z tem, że dawka ogólna nigdy nie przekracza 10 g. Używa wyłącznie awertyny płynnej. Sposób przygotowania płynu do lewatywy, badania przy pomocy wskaźnika czerwieni kongo i wlewanie do prostnicy nie różnią się od ogólnie przyjętych norm. W pół godziny po lewatywie dopełnia się narkozę przez inhalację podtlenku azotu, który wyrównuje spadek ciśnienia krwi po awertynie i przyśpiesza oddechanie. Po takiej narkozie niema wymiotów ani też innych powikłań i przypadłości. Na podstawie jednej obserwacji przypuszcza, że awertyna nie może być kombinowana ze znieczuleniem miejscowem.

Skowroński (Lwów).

Znaczenie lecznicze nastrzykiwań okołostawowych nowokainą w urazowych zapaleniach stawów. R. LERICHE i R. FONTAINE. Pres. Méd. 15, 1932.

Autorowie podają trzy obserwacje, w których przez codzienne (lub rzadsze) nastrzykiwania okołostawowe lub zastrzyki dosta-

wowe 1% nowokainy bez adrenaliny (w ilości 10 — 25 cm^3) uzyskali bardzo dobre wyniki lecznicze i polecają tę metodę w różnych bolesnych pourazowych sprawach stawowych.

Skowroński (Lwów).

Zapobieganie pooperacyjnym zakażeniom płucnym przez wielobakteryjne szczepionki. LAPOINTE, DUCHON, DARFEUILLE i JONARD. Pres. Méd. 13. 1932.

Patogeneza pooperacyjnych zapaleń płuc nie jest dotąd całkiem wyjaśniona, ale należy przyjąć, że są to zakażenia drobnoustrojami z nosa i gardła u osobnika wytrąconego z równowagi życiowej wskutek zabiegu operacyjnego i uszkodzeń przez ten zabieg wywołanych. Teorja zakażenia drogą krwi jest mało prawdopodobna. Opierając się na tem autorowie starają się zapobiegawczo uodpornić przez stosowanie wieloważnych szczepionek *(lysats - vaccins).* Metoda ich polega na tem, że stosują szczepionkę przez 8 dni codziennie i operują w 48 godzin po ostatnim zastrzyku, przyjmując, że wtedy organizm jest najwięcej odporny. Wyniki po wycięciach i zespoleniach żołądkowych oraz innych zabiegach w zakresie jamy brzusznej (66 przyp.) były bardzo dobre, ponieważ nie mieli zapaleń płuc.

Skowroński (Lwów).

Czasowa dezartykulacja obojczyka przy wyłuszczaniu guzów w dolnej części szyi. R. PEYCELON. Pres. Méd. 15, 1932.

Autor poleca czasowe przecięcie stawu mostkowo-obojczykowego celem usunięcia guzów nowotworowych, opisuje technikę tego zabiegu i podkreśla jego wyższość nad innemi sposobami udostępnienia swobodnego dojścia i przeprowadzenia operacji w tej okolicy szyi.

Skowroński (Lwów).

Rany palców rąk. M. ISELIN i E. BERROCAL UREBE. Pres. Méd. 12, 1932.

Autorowie podają sposób postępowania przy uszkodzeniach palców i podkreślają, że każda rana na ręce powinna być dokładnie zbadana przy zastosowaniu znieczulenia. Opierając się na dużym materjale stwierdzili, że w 86% uszkodzone są głębsze tkanki (złamanie kości). Podają liczne obserwacje i omawiają komplikacje. W sprawie postępowania zalecają — po uprzedniem dokładnem zbadaniu — zeszycie rany tylko w świeżych przypadkach (najwyżej w 6 godz. po uszkodzeniu). Postępowanie przy zmiażdżeniu palca, przy krwiaku pod paznokciem, przy pęknięciu lub złamaniu kości są zależne od stopnia i od rodzaju uszkodzenia.

Skowroński (Lwów).

Posocznica w związku z zapaleniem migdałków. C. HIRSCH. Klin. Woch. 9. 1932.

Autor omawia patogenezę przypadków posocznicy szczególnie częstej w następstwie *Phlegmone peritonsillaris* lub ropnia, kończących się śmiercią we wszystkich tych przypadkach, w których nie podjęto zabiegu operacyjnego. Opisuje dokładnie obraz kliniczny tych spraw. Przytacza z własnego materjału przypadek posocznicy po anginie u 36 letniego lekarza, uratowanego dzięki dwukrotnemu zabiegowi operacyjnemu, przyczem drugi polegał na t. zw. *mediastinotomia collaris* według Marschika. Co się tyczy wskazań do zabiegu operacyjnego, to zważywszy, że nigdy nie można naprzód przewidzieć, jaki będzie przebieg sprawy nawet w przypadkach, które początkowo zdają się przedstawiać korzystnie, lepiej jest zawsze operować wcześnie. Zabieg wczesny nie przedstawia niebezpieczeństw. Niestety nader rzadko przypadki posocznicy po anginie dostają się tak wcześnie w ręce chirurga, by można mówić już nie o zabiegu wczesnym, ale chociażby o zabiegu w samą porę. Przeważnie natomiast chorzy są już w tak ciężkim stanie, że trzeba nietylko dużego doświadczenia ale i szczęśliwej ręki, by móc ich uratować.

Karasiński (Kraków).

Znaczenie ślinianek dla kliniki i leczenia tocznia śluzówki jamy ustnej. A. M. MEMMESHEIMER. Klin. Woch. 8. 1932.

W toczniu *(lupus vulgaris)* jako też i w każdem innem cierpieniu gruźliczem śluzówki jamy ustnej należy zwracać uwagę na równoczesne zajęcie sprawą chorobową małych ślinianek. W przypadkach dłużej trwających zaznacza się ono pewną twardością ogniska chorobowego i guzków. W przypadkach wątpliwych konieczne jest badanie histologiczne po ekscyzji próbnej, głęboko wykonanej. Leczenie polega na wyłuszczeniu albo głębokiem zniszczeniu kaustyką zimną.

Karasiński (Kraków).

Klinika i leczenie przebitych wrzodów trawiennych żołądka. R. MUHSAM. Med. Klin. 51, 1931.

Przebicie wrzodu trawiennego żołądka nadaje się do leczenia wyłącznie chirurgicznego. Autor zastanawia się nad wyborem w tych wypadkach 3 metod operacyjnych: 1. obszycie miejsca przebitego, 2. przyszycie sieci w miejscu przebicia, 3. resekcja żołądka wraz z miejscem przebicia. Obszycie wrzodu wykonuje się tylko wtedy, gdy stan ogólny chorego wymaga szybkiego zakończenia operacji lub miejsce z przebitym wrzodem jest niedostępne innym metodom operacyjnym. Zasłonięcie siecią miejsca przebitego wrzodu stosuje się tylko wówczas, gdy wrzód znajduje się w miejscu niedostępnem dla resekcji. Jako najlepszą w tych razach jest metoda resekcji częściowej żołądka, ponieważ równocześnie usuwamy w całości cierpienie.

Godlowski (Kraków).

Przypadek nabytej żółtaczki hemolitycznej. W. SACK. Med. Klin. 45, 1931.

U osobnika 18 letniego wystąpiły objawy żółtaczki hemolitycznej. W rodzinie chorego żółtaczki hemolitycznej anamnestycznie nie udało się wykazać. Obraz schorzenia przedstawiał się typowo, zakończył się pomyślnie, przy zastosowaniu usunięcia śledziony.

Godlowski (Kraków).

Otolaryngologja.

La valeur des sympathectomies périartérielles et de l'ablation du plexus retrocarotidien de Haller dans le traitement de la laryngite tuberculeuse. C. CANESTRO. Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, Nr. I. 1931.

Wśród metod chirurgiczych stosowanych przeciw bólom połykowym w gruźlicy krtani, zaczęto w ostatnich czasach zwracać szczególną uwagę na metody, atakujące nerw współczulny. Chirurgja układu współczulnego ma w tej dziedzinie szczególną zaletę, ponieważ pozwala wpłynąć na czucie bólowe nie zmieniając innych rodzajów czucia a nawet poprawiając trofizm krtani przez czynne rozszerzenie naczyń *(vaso - dilatation active).*

Autor stosuje i poleca 2 metody: 1) resekcję splotu krtaniowego Hallera i 2) resekcję splotu Hallera w związku z sympatektomją opuszki tętnicy szyjnej. Splot krtaniowy Hallera składa się z delikatnych włókien, które zbiegają się w przestrzeni poza tętnicą szyjną i pochodzą częściowo od pierwszego zwoju szyjnego i jak się zdaje — od nerwu krtaniowego górnego, częściowo także od nerwu językowo - gardłowego.

Przy badaniu laryngologicznem stwierdzono czynne przekrwienie błony śluzowej krtani, które zaczyna się w kilka godzin po zabiegu i znika powoli i stopniowo w okresie 2 — 3 miesięcy. Wyniki osiągnięte przedstawiają się w następujący sposób: 1) Z pośród 8 chorych operowanych — 2 umarło z powodu charłactwa gruźliczego, u 6 nastąpiła wybitna poprawa ogólnego stanu.

2) U wszystkich chorych ustąpiła dysfagja tak, że odżywienie mogło odbywać się doskonale.

3) Prawie we wszystkich przypadkach stwierdzono korzystny wpływ leczniczy na owrzodzenia, mniejszy na nacieki; w przypadkach zapaleń ochrzęstnej zabieg pozostał bez wpływu.

Autor dochodzi do wniosku, że resekcja splotu Hallera zwłaszcza w związku z sympatektomją obutętniczą opuszki tętnicy szyjnej stanowi cenne wzbogacenie naszych metod leczniczych i powinno być stosowane w przypadkach dysfagji wywołanej przez obustronne zmiany gruźlicze, jeżeli inne metody zawodzą.

Spira (Kraków).

Amygdalectomie totale et abscès du poumon. C. BENJAMIUS. R. d. Lar.-Oto-Rhinol, Nr. IV. 1931.

Podczas gdy statystyki amerykańskie podają znaczną ilość ropni płuc, występujących po wyłuszczeniu migdałków, w Europie powikłanie to jest wielką rzadkością. Główną przyczyną tej różnicy jest, zdaniem autora, rodzaj znieczulenia; w Ameryce znieczulenie ogólne i stojąca z niem w związku pozycja leżąca chorego, w Europie znieczulenie miejscowe w pozycji siedzącej. Inne momenty jak stan migdałków i dróg oddechowych, rodzaj środka znieczulającego i t. d. odgrywają mniejszą rolę, powinny być jednak uwzględnione w celu zmniejszenia niebezpieczeństwa operacji. Autor poleca stosowanie następujących środków ostrożności przy wyłuszczaniu migdałków:

1. Zabieg należy wykonywać na zimno.
2. Stan dróg oddechowych powinien być możliwie dobry.
3. Nie stosować znieczulenia ogólnego.
4. Wskazanem jest dodanie adrenaliny do środka znieczulającego, wstrzykiwanego do tkanki.

Spira (Kraków).

Contribution à l'étude de la tuberculose des sinus de la face. VERNIEWE R. d. Lar.-Oto-Rhinol, Nr. V—VI. 1931.

Wyniki tej pracy ujmuje autor w następujących punktach: *Sinusitis tuberculosa acuta* jest schorzeniem bardzo rzadkiem; natomiast *sinusitis tuberculosa chronica* występuje o wiele częściej niż się ogólne przyjmuje; jednakowoż schorzenie to często nie zostaje rozpoznane. Rozpoznanie bezwzględnie naukowe opiera się na stwierdzeniu prątków Kocha w ropie lub w komórkach olbrzymich, rozpoznanie kliniczne uwzględnia wygląd ziarniny, obecność licznych przetok i gruczołów, przewlekły przebieg choroby i t. d.

Gruźlica przewlekła zatok w szczególności zatoki szczękowej powstaje tylko rzadko przez rozszerzenie się ogniska chorobowego z otoczenia; zazwyczaj drogą przez ogólne krążenie. Zakażeniu ulegają przeważnie poprzednio zdrowe zatoki. Gruźlica zatok jest chorobą uleczalną; czasem występuje wyleczenie samoistnie, najczęściej jednak przez odpowiednio wczesny i radykalny zabieg operacyjny.

Gruźlica płuc jest niejednokrotnie następstwem przewlekłej gruźlicy zatok.

Pewne postacie gruźlicy zatok są klinicznie podobne do złośliwych guzów tej okolicy.

Spira (Kraków).

Metoda „przemieszczania" płynów (wg. Proetza) w diagnostyce i terapji zapaleń zatok nosowych. J. M. Le MÉE i M. BOUCHET. Pres. Méd. 21, 1932.

Autorowie opisują metodę Proetza, która polega na tem, że wypełnia się zatoki nosowe płynem w ten sposób, że przez aspirację w miejsce powietrza do zatok nosowych dostaje się płyn wprowadzany do jamy nosowej chorego, leżącego w pozycji nawznak. Po omówieniu samej zasady i strony technicznej tego zabiegu podają jego wielką wartość diagnostyczną, bowiem przez wprowadzenie rzadkiego lipjodolu można wypełnić wszystkie zatoki nosowe i na zdjęciach rentgenowskich rozpoznać procesy patologiczne. Jeśli zatoka nie wypełni się płynem kontrastowym czyli jeśli ujście jest niedrożne, to wskazany jest zabieg chirurgiczny, w przeciwnym razie należy leczyć zachowawczo. Wartość rozpoznawczą posiada również czas wydalania lipjodolu z zatok nosowych, co można zbadać przez obserwację wydzieliny nosowej podbarwionej chlorofilem, którego dodano do płynu kontrastowego (próba chusteczki do nosa). Obok wartości diagnostycznej metoda powyższa posiada także znaczenie lecznicze, tym sposobem można bowiem stosować na błony śluzowe zatok różnego rodzaju środki lecznicze (płyny odkażające i t. p.).

Skowroński (Lwów).

O migdałkach u młodych kobiet. RUBY L. CUNNINGHAM. Arch. Int. Med. V. 49 W. 3. 1932.

Autor przeprowadził dokładne badania nad znaczeniem migdałków normalnych bądź też chorobowo zmienionych dla stanu zdrowotnego kobiet. Zapatrywania, że normalne migdałki mogą mieć znaczenie obronne w infekcjach, nie podziela, a do ostatecznych wniosków co do wpływu wycięcia migdałków na choroby dróg oddechowych nie dochodzi.

Z. T. Lwów).

Autohemoterapja przy zapaleniu ucha zewnętrznego. ZARKOWSKIJ G. A. Sow. Wracz. Gaz. 3, 1932.

Na podstawie własnego doświadczenia autor podnosi wartość tej metody. Autor wprowadza podskórnie lub domięśniowo 5 cm^3 krwi. Często należy zabieg powtórzyć. Polepszenie następuje zwykle po 8—12 godzinach.

W. Lewiński (Lwów).

Morszyn.

Morszyn, fundacyjne zdrojowisko i własność Tow. lekarzy polskich b. Galicji, przechodzi w nowy okres rozwoju. Zdrojowisko i eksploatacja produktów morszyńskich, dotąd dzierżawione przez Tow. akc. „Polskie Zdroje", przeszło pod bezpośredni zarząd Towarzystwa lekarzy polskich. To jedyne zdrojowisko na ziemiach polskich, mające nieoceniony skarb leczniczy, bo niezwykle silną solankę gorzką, położone koło Stryja w Małopolsce, przy linji kolejowej i w pięknej okolicy, przechodzi, dzięki Radzie Zawiadowczej Towarzystwa, a przedewszystkiem jej niestrudzonemu prezesowi, prof. R e n c k i e m u, w nowy okres rozwoju, rokujący jak najlepsze nadzieje.

Towarzystwo, po rozwiązaniu umowy z „Polskiemi Zdrojami", przystąpiło natychmiast do przeprowadzenia szeregu inwestycyj w urządzeniu samego zdrojowiska i w udoskonaleniu oraz organizacji w zakresie cennych i coraz większem uznaniem cieszących się produktów morszyńskich.

Rada Zawiadowcza uchwaliła więc przystąpić do jak najbardziej intensywnego ulepszenia urządzeń morszyńskich i zorganizowania nowych, przeznaczając na ten cel poważne fundusze. Doraźnie wprowadzone elektryczne oświetlenie w sezonie ubiegłym zostanie rozszerzone, nietylko jako oświetlenie zewnętrzne dróg i parku, ale także jako oświetlenie wewnętrzne. Przeprowadza się dalej zaopatrzenie zakładu w odpowiednią ilość wody słodkiej przez ujęcie źródeł i kopanie szeregu studzien, z których woda zostaje doprowadzona rurociągami do zakładu. Woda ta jest pod stałą kontrolą bakterjologiczną Filji Państw. Zakładu Higjeny we Lwowie, zostającej pod kierownictwem prof. Gąsiorowskiego. Równocześnie przeprowadza się i ulepsza kanalizację znacznym kosztem. Te dwie inwestycje są niezmiernie ważne i podstawowe nietylko ze względów zasadniczych, ale także ze względu na stale zwiększającą się frekwencję kuracjuszów.

Rada Zawiadowcza, zdając sobie dobrze sprawę z konieczności rozszerzenia łazienek, przystąpiła niezwłocznie po ukończeniu ostatniego sezonu do rozbudowy łazienek kosztem znacznym. Według sporządzonych planów, liczba łazienek zostanie podwojona a nowowybudowany budynek odpowie urządzeniami wszelkim wymogom nowoczesnym. Nowe łazienki będą oddane do użytku publiczności w sezonie najbliższym r. 1933. Obejmą one kąpiele solankowe i borowinowe. Jedne i drugie spełnią w pełni swe zadanie lecznicze dzięki znakomitej solance morszyńskiej, jak i wysokowartościowej, znanej borowinie morszyńskiej. Projektowane jest też urządzenie basenu pod gołem niebem z odpowiednią plażą piaskową dla kąpieli słonecznych. Reorganizuje się też pijalnię wody gorzkiej w duchu postępowym. W związku z rozbudową łazienek jest urządzenie inhalatorjum solankowego, oczywiście również w duchu nowoczesnym.

Dla uprzyjemnienia pobytu kuracjuszom park zakładowy zostanie odpowiednio urządzony; plan jego przerobienia, urządzenie deptaków i upiększenie kwietnemi gazonami zostały powierzone naczelnemu ogrodnikowi m. Lwowa. Tutaj publiczność będzie przysłuchiwać się koncertom orkiestry wojskowej ze Stryja. Rozległe i dobrze utrzymane lasy morszyńskie, będące również własnością fundacyjną Tow. lekarzy polskich, są dostatecznemi terenami dla dalszych spacerów. Jest też zamierzone urządzenie wycieczek autami do miejscowości dalej położonych w pięknej okolicy. W związku z większym napływem kuracjuszów wzrosła inicjatywa prywatna w budowie will i pensjonatów. Obowiązkiem będzie Komisji zdrojowej czuwanie nad racjonalną i celową rozbudową tego jedynego na ziemiach polskich a tak cennego zdrojowiska pod względem leczniczym.

Wreszcie dodać należy, że w znacznej części staraniem prezesa wybudowano i poświęcono w ubiegłym sezonie architektonicznie piękną kaplicę tuż przy samym Zakładzie.

Przejęcie od Towarzystwa „Polskie Zdroje" Morszyna łączy się ściśle ze sprawą jego produktów leczniczych. Rada Zawiadowcza zdaje sobie dobrze sprawę z ważności należytego spopularyzowania tych tak naprawdę cennych produktów pod względem leczniczym, które już dziś w znacznej części wyparły podobne przetwory zagraniczne, przedewszystkiem karlsbadzkie.

Morszyńska sól gorzka, dzięki odpowiednim badaniom uniwersyteckiego Instytutu farmakologji doświadczalnej, została znacznie udoskonalona i w tej postaci udoskonalonej zostaje oddana w obieg handlowy.

W ostatnich dniach zawarto umowę handlową ze spółką dra farm. K. Wenda i Spka z ogr. poręką w Warszawie, ul. Wronia 80, której to znanej Spółce oddano generalne zastępstwo produktów morszyńskich. Produkty te obejmują krystaliczną i sproszkowaną morszyńską sól gorzką w słoikach po cenie 3.40 zł za słoik, zaś na sezon dla udogodnienia publiczności sól gorzką w dawkach po 5 g w pudełku z 10 dawkami po cenie za pudełko 1.50 zł, morszyńską wodę gorzką we flaszkach po cenie 1,70 zł za flaszkę, wodę stołową „Morszynkę" gazowaną po cenie 90 gr za flaszkę, wreszcie w przygotowaniu jest sól do kąpieli w paczkach i leczniczy proszek do zębów. Wymienione produkty morszyńskie są zaopatrzone w oryginalne etykiety i banderole barwy niebieskiej ze znakiem ochronnym Towarzystwa.

Produkty morszyńskie, wypróbowane eksperymentalnie w Instytucie farmakologji pod kierownictwem prof. Koskowskiego i na lwowskiej Klinice lekarskiej, mają już ustaloną wartość leczniczą i dzięki jej wypierają podobne produkty zagraniczne. Są one również pod stałą kontrolą naukową. Jest też obowiązkiem lekarzy popieranie ich jak najwydatniejsze, jako produktów krajowych. Pamiętać także należy, że dochody Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji są przeznaczone na wdowy i sieroty po naszych Kolegach.

Tak się przedstawia obecny stan pracy na polu rozwoju Morszyna i plany na przyszłość najbliższą. Dalsze ich urzeczywistnienie i postawienie Morszyna na tej wysokości, na jakiej ta perła naszych zdrojowisk leczniczych powinna się znaleźć — zależy od samych lekarzy, od ich zrozumienia i dobrej woli, w którą na chwilę nie wolno nam wątpić o których będziemy dokładnie informowali Kolegów. *N.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

III-ci Ogólnopolski Zjazd przeciwrakowy odbywa się w dniach 30 i 31 b. m. w Łodzi. Przeszło 30 referatów naukowych i organizacyjnych na tematy nader ciekawe i aktualne każe wnosić, że dorobek pracy zjazdowej przyczyni się poważnie do dalszego urzeczywistniania walki z rakiem.

Życzymy też Zjazdowi jak najbardziej owocnych wyników obrad zjazdowych.

Redakcja.

Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. We wtorek dnia 25 października 1932 r. odbyła się: O godz. 20-ej Akademja dla uczczenia Seweryna Sterlinga. a) Sokołowski Olgierd. Działalność społeczno-lekarska Dra Seweryna Sterlinga. b) Stefan Rudzki. Dr. Seweryn Sterling jako klinicysta. O godz. 21-ej. Akademja dla uczczenia Dra Edwarda Flataua, urządzana wspólnie z Warszawskiem Towarzystwem Neurologicznem. a) Higier Henryk. Dr. Edward Flatau jako klinicysta, naukowiec i działacz społeczny. b) Koelichen Jan. Prace anatomiczne i doświadczalne Dra Edwarda Flataua. Po Akademjach kolejne posiedzenie naukowe: Zembrzuski L. Krótkie sprawozdanie z 9. Międzynarodowego Zjazdu Historyków Medycyny w Bukareszcie 1932 r.

Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne. LX posiedzenie naukowe Warszawskiego Koła Radjologów z udziałem Kolegów zamiejscowych, odbyło się dn. 23 października (w niedzielę) o godz. 10-ej rano punktualnie, w sali Zakładu Fizjologji Uniwersytetu, Krakowskie Przedmieście 26. Porządek dzienny: 1) Kochanowski J.: a) Przypadek niedrożności jelit, b) Zmiany o charakterze osteochondritis w stawach biodrowych po nastawieniu wrodzonego zwichnięcia. c) Przypadek skostnień przystawowych w stawach łokciowych. 2) Plewniak W.: Przypadek przebicia wrzodu żołądka do powłok. 3) Werkenthin M. Cienie wnękowe prawidłowe i patologiczne. 4) Zawadowski W.: Cienie wnękowe w przypadkach nowotworów. 5) Posiedzenie wyborcze: a) Sprawozdanie Zarządu, Sprawozdanie Skarbnika, b) Komisja rewizyjna, c) Wybory.

Dowiadujemy się, że Dr. Stanisław Kroszczyński, kierownik kontrolnej pracowni biologicznej Przem.-Handl. Zakładów Chemicznych Ludwik Spiess i Syn w Warszawie, opuścił dotychczasowe stanowisko z dn. 1 października b. r. Stanowisko to obejmuje Dr. Michał Gedroyć.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXIV. Posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 14 października b. r. o godz. 18. w sali Polikliniki przy ul. Lindego 5. Porządek dzienny: 1) Kol. Kielanowski Tad.: Pokaz prep. anatom.: a) ciało obce w worku osierdziowym w przypadku kombinowanej wady serca, b) ciało obce w przełyku, c) marskość wątroby u 12 let. dziewczynki, d) mięsak kury z przerzutami. 2) Kol. St. Laskownicki: a) Pokaz operowanych przypadków kamicy moczowodowej. b) Pokaz preparatu anat. wczesnej gruźlicy nerki usuniętej pooperacyjnie. 3) Kol. Jaburek Leop.: O obrzęku kolateralnym mózgu przy nowotworach mózgowych (wykład).

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXV. Posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 21 października b. r. o godz. 18. w sali Polikliniki przy ul. Lindego 5. Porządek dzienny: 1) Kol. Mączewski: Przypadek adenomyosis interna (pokaz). 2) Kol. Lenczowski: Przypadek ciąży pozamacicznej donoszonej (pokaz). 3) Kol. Mozołowski: Nowe teorje i badania doświadczalne nad wydzielaniem moczu (wykład).

Łódź.

Program III-go Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwrakowego w Łodzi. — Niedziela i poniedziałek 30-go i 31-go października 1932 roku. Niedziela 30-go października. Posiedzenie I-sze, godz. 10.45 do 14.00, (Sala Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego, ul. Ewangelicka 9). 1) Otwarcie Zjazdu: zagajenie, wybór Prezydjum, przemówienia powitalne. 2) Doc. Dr. Sterling-Okuniewski (Warszawa): „Dziedziczność w raku i usposobienie do niego". 3) Prof. Dr. K. Pelczar (Wilno): „O stanach odpornościowych w chorobie raka". 4) Dr. J. Laskowski (Warszawa): „Podstawy mianownictwa i klasyfikacji raków z punktu widzenia morfologji". 5) Prof. Dr. M. Eiger (Wilno): „Mikrobiologiczne ujęcie sprawy tworzenia się wzrostu komórki nowotworowej w ścisłej korelacji wzajemnej z fizjologją i fizjopatologją ustroju oraz teoretyczne podstawy racjonalnego leczenia raka". Posiedzenie II-gie, godz. 16.00 do 19.30 (Sala Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego, ul. Ewangelicka 9). 1) Płk. Dr. W. Zawadowski (Warszawa): „Leczenie promieniami X". 2) Prof. Dr. K. Mayer (Poznań): „Obecne warunki wyleczenia raka metodą radjologiczną". 3) Dr. Fr. Łukaszczyk (Warszawa): „Biologiczne podstawy radjoterapji nowotworów złośliwych". 4) Dr. M. Floksztrumpf i Dr. St. Gądek (Warszawa): „Wskazania, metody i wyniki leczenia radem nowotworów złośliwych". 5) Dr. E. Meisels (Lwów): „Zależność ostatecznych wyników leczniczych nowotworów złośliwych od charakteru promieni i techniki naświetlań". 6) Dr. J. Kołodziejski i Dr. M. Floksztrumpf (Warszawa): „Sprawa chemoterapji w raku". 7) Dr. D. Thursz (Warszawa): „O dożylnem wlewaniu alkoholu etylowego przy raku". 8) Dr. Rubinrot (Warszawa): „Przyczynek do leczenia raka wargi dolnej". 9) Dr. A. Kryński (Łódź): „Leczenie raka skóry". — Dyskusja. Film propagandowy o zwalczaniu raka. O godzinie 21.30: Bankiet. Poniedziałek, 31 października. Posiedzenie III-cie, godz. 10.00 do 13.30. (Sala Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego, Ewangelicka 9). 1) Prof. Dr. L. Hirszfeld (Warszawa): „Zagadnienie raka w świetle nauki o odporności". 2) Doc. Dr. A. Oszacki (Kraków): „Biochemiczny obraz krwi, jako wyraz przemiany materji u chorych na raka". 3) Prof. Dr. W. Nowicki (Lwów): „Patogeneza raka płuc". 4) Dr. Z. Zakrzewski i Dr. W. Kraszewski (Kraków): „Wyniki hodowania tkanek ludzkich nowotworów w hodowli poza ustrojem". 5) Dr. Z. Zakrzewski (Kraków): „Własności biologiczne tkanek nowotworowych w hodowli poza ustrojem". 6) Dr. Z. Zakrzewski (Kraków): „Czynniki hamujące wzrost nowotworów". 7) Prof. Dr. M. Eiger i doc. Dr. E. Czarnecki (Wilno): „Wpływ na powstawanie nowotworów doświadczalnych ciał, działających na układ współczulny i obokwspółczulny". 8) Dr. M. Płońskier (Warszawa): „O wpływie czynników roślinnych na powstawanie guzów złośliwych u szczurów". 9) Dr. B. Grynkraut (Warszawa): „Rozważania nad znaczeniem zjawiska fluorescencji przy powstawaniu raków smołowych i w patogenezie ogólnej nowotworów (przyczynek do teorji aktynicznej raka)". 10) Dr. H. Schusterówna (Lwów): „W sprawie rozlanych nowotworów złośliwych opon mózgowych". 11) Dr. J. Lenczowski (Lwów): „Znaczenie i wartość obrazu drobnowidowego w rozpoznaniu raka macicy". 12) Dr. H. Makower (Łódź): „O serologicznej próbie na raka według metody Bendiena". Posiedzenie IV-te, godz. 14.30 do 18.30. (Sala Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego, Ewangelicka 9). Pokazy chorych od godz. 14.30 do 15.30. 1) Dr. B. Wejnert (Warszawa): „Walka z rakiem w Polsce obecnie i w najbliższej przyszłości". 2) Fr. ks. Radziwiłł (Warszawa): „Projekt Ligi Polskich Organizacyj Przeciwrakowych oraz Ogólnosłowiańskiej Ligi Przeciwrakowej". 3) Prof. Dr. Z. Radliński (Warszawa): „Postępowanie i wyniki w najczęstszych postaciach raka, z wyjątkiem ginekologicznych i laryngologicznych". 4) Prof. Dr. K. Bocheński (Lwów): „Leczenie raka macicy w świetle najnowszych poglądów". 5) St. Adamowiczowa (Warszawa): „Rak organów płciowych kobiecych na podstawie statystyki szpitalnej". 6) Dr. Fr. Niewiadomski (Warszawa): „Chirurgja a nowotwory złośliwe". 7) Dr. A. Żebrowski (Łódź): „O wczesnem rozpoznaniu raków ucha oraz górnego odcinka dróg oddechowych", Dyskusja. Wnioski. Zamknięcie Zjazdu. Wystawa naukowa. Działy: anatomo-patologiczny i rentgenologiczny. Wystawa przemysłu farmaceutycznego. (Sale Związku Harcerstwa Polskiego, Ewangelicka 9). Niedziela i poniedziałek, 30 i 31 października 1932 r. od godz. 9 do 20.

Wyciąg z regulaminu III-go Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwrakowego w Łodzi. § 5. W Zjeździe uczestniczą jako członkowie: a) lekarze, działacze społeczni, przyrodnicy, technicy i osoby zainteresowane walką z rakiem, b) osoby, towarzyszące członkom. § 6. Członek Zjazdu ma prawo: a) przedstawienia prac ustnie lub piśmiennie, b) uczestniczenia w obradach i uchwałach, c) udziału w zajęciach, zebraniach i wycieczkach, d) otrzymywania wydawnictw Zjazdu. Osoby towarzyszące mają prawa, wymienione pod głoskami c i d § 7. Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi od członka zł 20.—, od osoby towarzyszącej zł 15. § 9. Czas przemówień prelegentów: a) tematy główne 20—40 minut, b) przyczynki do tematów głównych 10 minut. W dyskusji wolno zabierać głos dwa razy: po raz pierwszy 5 minut, po raz drugi — 3 minuty. § 10. Członkowie Zjazdu obierają na pierwszem posiedzeniu pre-

zydjum, przewodniczących poszczególnych posiedzeń i sekretarzy. § 12. Przewodniczący może zezwolić w drodze wyjątku na odczyty i pokazy, nie objęte programem Zjazdu. § 14. Przewodniczący uprzedza prelegenta na 3 minuty naprzód o upływie czasu wyznaczonego na odczyt. § 17. Wnioski składa się Przewodniczącemu Zjazdu. § 18. Uchwały zapadają większością głosów. § 20. Wstęp publiczności na posiedzenia jest dozwolony, o ile brak miejsca nie staje temu na przeszkodzie. § 21. Na ostatniem posiedzeniu ustala się termin i miejsce następnego Zjazdu. — Informacje. Biuro Zjazdu: Łódź, Piotrkowska 175, tel. 162-00. (do dnia 29. X. 32). Łódź, Ewangelicka 9, tel. 133-50. (od dnia 29-go X. 1932 do dnia 31-go X. 1932 włącznie). Kwatery: Biuro Zjazdu przygotowuje dla uczestników na żądanie kwatery: a) w mieszkaniach prywatnych, b) w hotelach: cena pokoju jednoosobowego od zł 8 do zł 14, cena pokoju dwuosobowego od zł 14 do zł 22, (przewidywane ustępstwa cen hotelowych). Zniżki kolejowe: Uczestnicy Zjazdu korzystają w drodze powrotnej z 50% zniżki kolejowej. Koło Pań organizuje zwiedzanie miasta i instytucyj.

Poznań.

W piątek, dnia 21 października 1932 roku o godz. 20.15 odbyło się posiedzenie Wydziału Lekarskiego T. P. N. wspólnie z Towarzystwem Wiedzy Wojskowej, Sekcja Lekarska, w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski, ul. Szkolna), z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. 2) Pokazy. 3) Dr. Neyman: „Przetaczanie krwi w klinice schorzeń wewnętrznych“.

Komunikat Komitetu Miejscowego X. Zjazdu Internistów. W XIV. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, który odbędzie się od 12—15 września 1933 r. w Poznaniu, uczestniczy jako jedna z głównych sekcyj lekarskich, sekcja Towarzystwa Internistów Polskich. Na referaty główne wybrano: 1) Temat: Niedokrwistość złośliwa. Patogeneza: referent: Prof. Dr. Tempka. Klinika: referent: Prof. Dr. Rencki. 2) Temat.: Angina pectoris. Patogeneza: referent: Prof. Dr. Franke. Klinika: referent: Prof. Dr. Semerau-Siemianowski. Leczenie chirurgiczne: referent: Prof. Dr. Jurasz. Komitet Miejscowy zwraca się z prośbą o zgłaszanie prac oryginalnych, pokrewnych powyższym tematom, prac opartych na własnych badaniach i na obserwacjach klinicznych, oraz badań doświadczalnych i laboratoryjnych, będących w związku z medycyną wewnętrzną, jak i opisów nowych metod badania lub leczenia. W myśl uchwały Komitetu Organizacyjnego XIV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, należy tematy prac zgłaszać do Komitetu Miejscowego Zjazdu, najpóźniej do 1 kwietnia 1933. Oprócz dokładnego tytułu referatu i warsztatu, w którym praca została wykonana, należy równocześnie nadesłać jego streszczenie w języku polskim i francuskim. Powinno ono obejmować w zwięzłej formie (nie więcej, niż 20—25 wierszy) cel pracy, zastosowaną metodykę i otrzymane wyniki. We wszystkich sprawach, dotyczących Zjazdu, należy zwracać się do Przewodniczącego Komitetu Miejscowego Prof. W. Jezierskiego, Poznań, ul. Szkolna 14 — II Klinika Chorób Wewnętrznych przy Publ. Szpitalu Miejskim, lub do jego zastępcy sekretarza Dra Walerjana Spychały — Publ. Szpital Miejski w Poznaniu.

Z kraju.

Związek Lekarzy w Szczawnicy zawiadamia, że na Walnem Zgromadzeniu odbytem dnia 26 sierpnia b. r. został wybrany Zarząd w następującym składzie: prezes Dr. Rudolf Kochlöffel, wiceprezes Dr. Wilhelm Kropaczek, sekretarz Dr. Roman Hammerschlag, skarbnik Dr. Bronisław Mehr, członek zarządu Dr. Tadeusz Włyński. Równocześnie została wybraną w Związku „Rada naukowa“, której zadaniem będzie badanie sił przyrodoleczniczych Szczawnicy, naukowa propaganda, dążność do nowoczesnej rozbudowy i urządzeń leczniczych w Szczawnicy.

W dniu 28. sierpnia b. r., odbyło się posiedzenie Związku lekarzy przy współudziale zaproszonych gości p. p. starosty z Nowego Targu Korniaka, lekarza pow. nowotarskiego Neugebauera, właściciela zdroju Adama hr. Stadnickiego, Komisarza gminy Szczawnicy Bielawskiego, dyrektora Szczawnicy Woronieckiego, członka Komisji zdrojowej, powieściopisarza Jana Wiktora. Dr. Rudolf Kochlöffel w swym obszernym referacie podał bolączki Szczawnicy oraz sposoby usunięcia ich. Przedewszystkiem p. Starosta Korniak bardzo życzliwie odniósł się do tych postulatów i obiecał dołożyć wszelkich starań, leżących w jego kompetencji, by przyczynić się do rozwoju Szczawnicy, jako najpiękniej położonego uzdrowiska. Hr. Stadnicki obiecał przystąpić do budowy nowoczesnego, dużego inhalatorjum. Na tem posiedzeniu mówiono również o sposobach rozwoju sezonów zimowych leczniczych i sportowych w Szczawnicy.

W dniu 29. czerwca b. r. bawiła w Szczawnicy wycieczka naukowa lekarzy i studentów medycyny uniwersytetu krakowskiego z profesorem L. Korczyńskim na czele. Związek Lekarzy zamianował prof. Korczyńskiego swym członkiem honorowym w dowód zasług położonych na polu balneologji polskiej. Również profesor Orłowski zwiedzał Szczawnicę z lekarzami i studentami uniwersytetu w Wilnie.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych):

Nazwa chorób	Tydzień 21 od 15-21/V 1932 r.		Tydzień 22 od 22-28/V 1932 r.		Tydzień 23 od 29/V do 4/VI		Tydzień 24 od 5—11/VI 1932 r.	
	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—	1	1	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	97	12	110	6	151	9	118	8
Paradury	—	—	—	—	1	—	1	—
Dur plamisty	106	5	98	9	83	3	77	4
Dur powrotny	—	—	—	—	—	—	—	—
Czerwonka	1	—	3	—	6	—	5	2
Płonica	205	10	218	15	250	5	277	16
Błonica	175	7	184	11	185	14	276	8
Zap. op. mózg. (nagminne)	18	4	11	1	9	4	9	2
Odra	502	4	546	5	334	10	423	6
Róża	73	3	63	1	63	2	71	2
Krztusiec	161	7	207	14	152	12	210	12
Zimnica	3	—	5	—	12	—	14	—
Gorączka połogowa	28	6	32	6	23	6	24	7
Trąd	—	—	—	—	—	—	—	—
Jaglica	442	—	487	—	492	—	695	—
Wąglik	1	—	—	—	—	—	—	—
Nosacizna	—	—	—	—	—	—	—	—
Włośnica	1	—	—	—	—	—	—	—
Wścieklizna	—	3	—	—	—	—	—	—
Zatrucie mięsne	4	—	—	—	1	—	—	—
Choroba Heine Medina	—	—	—	—	—	—	1	—
Twardziel	—	—	1	—	1	—	1	—
Inne choroby zakaźne	45	3	76	5	55	4	31	4

Ze świata.

Kurs dokształcający w chorobach śródsierdzia, osierdzia, mięśnia sercowego, tętnicy głównej i płucnej urządza w dniach 14 — 24 listopada b. r. szpital Tenon w Paryżu (4, rue de la Chine). Kurs, który obejmuje wykłady i ćwiczenia kliniczne prowadzi prof. Lian z szeregiem specjalistów. Kończący kurs otrzymują poświadczenie upoważniające do przyjęcia do powyższego szpitala w charakterze elewów a ewent. jako asystentów. Opłata wynosi 250 fr. fr. Następny kurs (zaburzenia rytmu sercowego) odbędzie się w czerwcu 1933 i połączony będzie ze zwiedzeniem odpowiednich uzdrojowisk francuskich.

Nakładem znanej księgarni Thiemego w Lipsku wyszedł zeszyt $^1/_2$ rocznika II wydawnictwa p. n. Annalen der Tomarkin Foundation. Jest to zbiór odczytów, wygłoszonych w r. 1931 przez pierwszorzędne powagi lekarskie europejskie. Tematy odczytów odznaczają się aktualnością i stanowią coś w rodzaju kursu uzupełniającego dla lekarzy. Wydawnictwo wychodzi pod redakcją profesora von den Veldena przy licznym udziale znakomitości lekarskich. Rocznie wychodzą 4 zeszyty w cenie marek 16.

Zmarli:

Olof Hammarsten, prof. chemji fizjologicznej w Upsali i autor znanego podręcznika zmarł 22. IX. b. r. w wieku 91 lat.

Redakcja otrzymała.

Puterman Jakób. Z kazuistyki dziedziczno-rodzinnej postępującej myopatji. Odbitka z czasopisma Warszawskie Czasopismo Lekarskie nr. 18—19 z roku 1932.

L. Regmunt-Sobieszczański. Nowa odmiana wzgórka Darwina u ludzi, uzupełniająca klasyfikację Schwalbego. Odbitka z czasopisma Folia morphologica, vol. 4.

Higjena Szkolna, podręcznik dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych, wydawany pod redakcją Dra Stanisława Kopczyńskiego, zeszyt trzeci i czwarty.